



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Competências de Enfermagem na Realização Autónoma de Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico à Mulher com Neoplasia da Mama

Manuela da Conceição Nunes Varandas Vidal

2014



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Competências de Enfermagem na Realização Autónoma de Intervenções de Âmbito Psicoterapêutico à Mulher com Neoplasia da Mama

Manuela da Conceição Nunes Varandas Vidal

Professor orientador: Carlos Lopes Alves Henriques Pina David

2014



AGRADECIMENTOS

Agradeço a ajuda preciosa de todas as pessoas que facilitaram o meu percurso neste caminho por vezes sinuoso e difícil, mas que foi carregado de experiências, conhecimentos e partilha.

Um muito obrigado especial:

Ao meu professor orientador Carlos David que me ajudou a conduzir todo o meu percurso de estágio;

Ao enfermeiro José Henriques, que me abriu horizontes no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria no mundo da Grupanálise, e que foi um exemplo para mim de determinação mesmo perante tantas dificuldades;

À enfermeira Marisa Pinheiro, que com a sua vasta experiência, motivação e empenho, me proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos, no âmbito da intervenção de enfermagem individual e em grupo com o doente oncológico;

A enfermeira Maria de Lurdes Simeão e a enfermeira Cláudia Calças pelo apoio no decorrer deste longo percurso;

Ao meu marido, que não podendo ajudar-me no desenvolvimento das minhas competências profissionais (científicas), foi o meu principal suporte e promotor de coragem e dedicação, agarrando com as suas mãos parte do peso deste desafio;

A minha querida filha que sem saber me ajudou com todo o carinho e amor que uma criança pode proporcionar a uma mãe;

A todos os profissionais que contribuíram para o meu processo de formação nos serviços onde realizei o estágio, muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS E /OU SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
EESM	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
RCCEE	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
RCEEESM	Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

RESUMO

O presente relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental foi desenvolvido no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, reportando-se ao estágio decorrido num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental para Adultos de ambos sexos, entre dia 1 de Outubro até 3 de Novembro de 2012 e num Hospital de Dia de Oncologia que decorreu de 7 de Janeiro até 8 de Fevereiro de 2013. Este trabalho teve como finalidade identificar e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM) de forma a criar um projeto de promoção de saúde mental da mulher com neoplasia da mama através do cuidado especializado com recurso a intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo.

No âmbito da aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental foram definidos como objetivos centrais para este trabalho, refletir e analisar criticamente todas as atividades desenvolvidas na prática profissional em estágio, assim como a aquisição de competências na área de análise e comunicação de resultados obtidos a partir da prática especializada fundamentada na evidência científica. Realizou-se uma análise das atividades efetuadas, nos serviços supramencionados, nomeadamente, da técnica da entrevista e das intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo.

No decorrer dos dois estágios foram desenvolvidas duas intervenções psicoterapêuticas de grupo, com clientes com patologia mental em fase aguda num serviço de internamento em psiquiatria para adultos utilizando uma abordagem de base psicanalítica, assim como com clientes com neoplasia da mama num hospital de dia de oncologia utilizando uma abordagem cognitivo-comportamental. Pôde-se no final das sessões e através da reflexão e análise identificar a empatia, a comunicação, a escuta ativa e a autenticidade como aptidões essenciais ao desenvolvimento de competências do EESM destacando a competência F1 e F4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental (RCEESM) como indispensáveis e transversais ao longo do percurso de aprendizagem.

Palavras-chave: Competências, saúde mental, neoplasia da mama, terapia de grupo.

RESUMÉ

Ce présent rapport de stage est basé sur les soins infirmiers en psychiatrie, il a été réalisé dans le cadre du 3ème Master de l'institut de formation en soins infirmiers de Lisbonne. Il relate le projet élaboré durant un premier stage dans un service de psychiatrie pour adultes du 1er octobre au 3 novembre 2012 ainsi que d'un second stage réalisé dans un hôpital de jour en oncologie du 7 janvier au 8 février 2013.

Ce travail de fin d'étude visait à identifier et à développer les compétences nécessaires à un infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrique pour la création d'un projet de promotion de la santé mentale des femmes atteintes du cancer du sein à l'aide d'interventions en soins infirmiers dans le contexte psychothérapeutique groupal.

Définition des principaux objectifs de ce travail : réflexion et analyse de manière critique de toutes les activités réalisées au cours du stage ; acquisition de compétences en soins infirmiers en santé mentale ; savoir analyser et communiquer les résultats obtenus basés sur des preuves scientifiques.

Afin de faciliter la compréhension du contexte des deux terrains de stage, nous avons réalisés une présentation ; suivie d'une analyse et réflexion de toutes les activités effectuées au sein des services. L'objectif étant de démontrer et acquérir les compétences communes et spécifiques inhérentes à une spécialité en santé mentale en accord avec les dernières directives de l'ordre des infirmiers.

Pendant les enseignements cliniques ont été mis au point deux groupes psychothérapeutiques avec des patients souffrant de maladie mentale dans un service de psychiatrie aiguë pour adultes ainsi que des patients atteints de cancer du sein dans un hôpital de jour en oncologie. Au court de ces groupes nous identifions comme caractéristiques essentielles de l'infirmier spécialiste en santé mental : l'écoute, la communication, l'empathie ainsi comme l'authenticité.

Mots-clés: compétences, santé mentale, cancer du sein, thérapie de groupe.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E SUA PERTINÊNCIA	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
2.1. Competências inerentes ao enfermeiro	19
2.1.1. Conceito de competência	19
2.1.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	20
2.1.3 Competências específicas do EESM	21
2.2. Conceitos fundamentais para a prática	22
2.3. A doença oncológica: consequência para a saúde	23
3. CONTRIBUTOS DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU	27
4. PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	33
3.1. Estágio num serviço de internamento de adultos com doença mental em fase aguda	37
3.2. Estágio no hospital de dia de oncologia	45
5. RESULTADOS	53
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

ANEXOS

Anexo 1 - Escalas de Avaliação utilizadas no decorrer do estágio

APÊNDICES

Apêndice I - Planificação da intervenção de grupo desenvolvida no primeiro estágio

Apêndice II - Plano pormenorizado da intervenção de grupo desenvolvida no primeiro estágio

Apêndice III - Diagnósticos de enfermagem

Apêndice IV - Intervenções psicoterapêuticas de grupo desenvolvidas com mulheres com neoplasia da mama

Apêndice V - Sessões realizadas com supervisão

Apêndice VI - Grelha de observação da terapia expressiva em grupo

INTRODUÇÃO

O presente relatório é referente ao percurso realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem de saúde Mental e Psiquiatria. De acordo com o Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, que estabelece o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), ser enfermeiro especialista não é apenas possuir um título profissional, mas também ter a “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 15). O enfermeiro especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e que demonstra uma elevada capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, baseada num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção, tendo sempre em consideração as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde. Por outro lado, a enfermagem especializada em saúde mental, de acordo com o RCEEESM, Regulamento n.º 129/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante comportamentos humanos desajustados ou desadaptados a processos de transição que causam sofrimento, alteração ou doença mental.

O ESSM é um profissional responsável pela qualidade dos cuidados especializados prestados, capaz de dar resposta a solicitações diversas. Neste sentido, é necessário que esteja preparado para uma constante recriação do seu agir profissional e que domine determinadas competências específicas. Assim, é de extrema importância que o EESM desenvolva principalmente as competências na área da relação interpessoal, uma vez que esta constitui a base para identificar eficazmente os problemas, direcionando o doente para a Saúde Mental (Campos, Almeida e Gonçalves, 2009). Pois tal como refere Peplau (1990) a enfermagem é um processo interpessoal por meio do qual a enfermeira e cliente podem obter crescimento pessoal. Neste sentido, o profissional de saúde deve usar todos os saberes científicos e humanos para cuidar da pessoa de forma global, nomeadamente quando atinge níveis de vulnerabilidade e fragilidade como acontece na doença (Freitas, 2006). Deve portanto desenvolver competências, de forma a mobilizar os recursos de que dispõe e de forma a prestar cuidados adequados perante situações únicas e imprevisíveis. Este processo de desenvolvimento de competências é identificado por Tavares e Alarcão (1990) como a

construção pessoal, resultante de um processo experiencial interior à pessoa que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável.

A escolha do tema em questão tem como ponto de partida uma inquietação e curiosidade pessoal sobre o efeito da psicoterapia de grupo como intervenção realizada na qualidade de EESM. A formação de grupos com pessoas que experimentam, quer sejam crises do desenvolvimento do seu ciclo vital, quer sejam crises decorrentes de situações ameaçadoras à sua existência, tem de acordo com a literatura um efeito terapêutico excelente (Guerra, 2008). Pelo que identificar as competências de enfermagem a desenvolver para adquirir autonomia na realização de intervenções psicoterapêuticas em grupo dirigidas à mulher com neoplasia da mama permitirá ao EESM realizar intervenções de forma mais consciente, reflexiva e efetiva. Deste modo, refletir sobre esta problemática torna-se algo construtivo a nível pessoal e profissional tendo por objetivo principal melhorar os cuidados prestados ao cliente. De forma a dar resposta ao desenvolvimento de competências definidas para a formação do EESM, foram realizados dois estágios. O primeiro estágio decorreu em contexto hospitalar, num Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, de 1 de Outubro até 3 de Novembro de 2012, com total de 250 horas, e o segundo em contexto comunitário num Hospital de dia de oncologia que decorreu de 7 de Janeiro até 8 de Fevereiro de 2013, com total de 250 horas. Em ambos os estágios foi dado ênfase ao desenvolvimento competências específicas do EESM na realização de intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo.

Este trabalho foi enquadrado num corpo de conhecimento científico relevante, tendo por base a sustentação teórica de uma problemática – **Competências de Enfermagem na Realização Autónoma de Intervenções Psicoterapêuticas à Mulher com Neoplasia da Mama** - ancorada num paradigma de enfermagem e cuja orientação se sustenta na teoria das relações interpessoais de Peplau, bem como numa revisão da literatura.

Encontra-se estruturado em sete capítulos. O primeiro faz referência à problemática em causa e sua pertinência. No segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico, onde se exploram as competências inerentes ao enfermeiro e a doença oncológica. No terceiro capítulo apresenta-se o quadro referencial da teórica que sustenta o trabalho. No quarto capítulo, explicita-se o planeamento e implementação projeto. Por último, apresenta-se não só os resultados como a discussão seguido da conclusão.

1. IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA E SUA PERTINÊNCIA

“Cerca de 250 mil mulheres ouvirão o diagnóstico de cancro da mama todos os anos. Cerca de 30 por cento destas mulheres irão experienciar perturbação psicossocial persistente devido a este diagnóstico” (Institute of Medicine of the National Academies, 2004, p.3).

Durante o processo psicopatológico da doença, a pessoa experimenta períodos de crises e remissões que resultam em deterioração do funcionamento do doente e da família, causando diversos danos/perdas nas habilidades de todo o grupo, tais como a diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, para trabalhar, para se relacionar individual e socialmente e para manter pensamentos completos (Giacon & Galera, 2006). Pelo que uma intervenção estruturante junto a esta população torna-se importante de forma a permitir adaptação à mudança do cliente. De acordo com a teoria de Peplau a díade enfermeiro-paciente estabelece uma meta comum da qual resultam o crescimento e desenvolvimento pessoal. Grande parte das atividades desenvolvidas pelos seres humanos é realizada em grupos. Assim sendo, estudar os grupos é de uma importância incontestável. Os pesquisadores sobre o assunto, em geral, iniciam as suas exposições destacando a natureza gregária do homem, assim como as relações entre os indivíduos e grupos. O Homem sempre utilizou o grupo para trabalhar, divertir-se, e estudar. Essa característica tão antiga do ser humano é anterior mesmo à sua consciência da necessidade de viver como um ser agregado (Cartwright & Zander, 1967; Mailhiot, 1981; Osório, 1986).

Na área de enfermagem, a utilização de grupos não se constitui propriamente como uma novidade. Por natureza, o enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo tanto na assistência nas atividades junto à equipa de enfermagem, junto às equipas multiprofissionais, durante a passagem de turno, executando atividades educativas junto a grupos específicos da população, como no ensino, realizando grupos de discussão de casos ou como estratégia em disciplinas nas quais o grupo funciona como parte da aprendizagem (Munari & Rodrigues, 1997). O ser humano evolui e existe mediante a interação com os outros, de facto, trata-se de um ser social que está inserido em grupos desde o seu nascimento até à morte (Farah, 2009). Ávila (1999) resgata a visão freudiana de que o homem é um ser em relação e que no seu funcionamento psíquico e nas suas condutas, há necessariamente a presença do outro; o psiquismo humano, logo, seria moldado nas relações vinculares, originadas das identificações. Os grupos humanos seriam origem, matriz e forma

organizadora da experiência mental humana. Com a formação de um grupo, e à medida que o indivíduo estabelece uma comunicação grupal, torna-se capaz de observar os seus padrões de comportamento em relação aos outros e modificá-los (Ávila, 1999). Na verdade, grupos com participantes que sofram da mesma condição reduzem o isolamento social e o estigma associado à possível doença ou ao padecimento que a própria pessoa se impõe (Bechelli & Santos, 2004).

“Os integrantes do grupo exploram o material que eles próprios, geralmente e em condições normais, não analisam” (Bechelli & Santos, 2005, p.119). De acordo com Vandenberghe e Ferro (2005), a partilha de experiências e a confrontação de diversos pontos de vista podem proporcionar a correção de pensamentos catastróficos e crenças disfuncionais relevantes, propiciando mudança nos seus elementos. Os grupos têm como objetivo promover a coesão e o encontro de pessoas para que defrontem as similitudes dos seus problemas e representar uma forma de suporte alternativo, necessário para apoiar a construção e desenvolvimento da sua identidade e atingir o equilíbrio nas mais variadas situações. Em comparação com a terapia individual, a terapia de grupo tem a grande vantagem de representar uma redução dos custos e do tempo dos programas interventivos (Guerra e Lima, 2005).

A terapia de grupo possui características que a tornam um excelente recurso psicoterapêutico, nomeadamente: a aprendizagem com a ação interpessoal, ou seja, o problema interpessoal é identificado pelos elementos e as razões para o seu aparecimento e manutenção são exploradas, procurando novas formas de se relacionar; o *insight*, isto é, a autoconsciência que ocorre na sequência de respostas e interpretações dos outros elementos do grupo assim como do terapeuta; a universalidade, que diz respeito ao sentimento comum de que todos estão em situações muito semelhantes; a fomentação de esperança que pode levar ao sentimento de otimismo face à hipótese de mudança; o altruísmo, pois ao ajudar os outros, o doente experiencia uma valorização das suas capacidades; a orientação por parte do terapeuta que promove a interação, a autorreflexão e a redução da preocupação e confusão, através da abertura à experiência pessoal; a imitação e a aprendizagem de novas perícias sociais, pois cada elemento é um potencial modelo com qualidades que os outros podem desejar adquirir; e a catarse e autorrevelação, que permitem a exteriorização de sentimentos, como a raiva, ansiedade, depressão e culpa precedentemente escondidos e assumidos como uma situação embaraçosa e dolorosa para o cliente (Bloch, 1999).

Para Cardoso e Seminotti (2006), o grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional, contudo, alguns pacientes sentem dificuldade de interagir com o grupo, sobretudo por estarem diante de pessoas desconhecidas; apesar desse entrave, acham importante ouvir as experiências de vida dos colegas e aprender com os relatos (Peluso, Baruzzi & Blay, 2001).

Ao integrarem o grupo os participantes relatam: melhoria nas relações sociais, nos níveis de conhecimento sobre questões discutidas no grupo, na capacidade para lidar com situações inerentes ao transtorno sofrido, na confiança, além de alívio emocional (Contel & Villas-Boas, 1999; Guanaes & Japur, 2001). Quando o paciente tem melhor compreensão da própria subjetividade, a sua autoimagem pode ser remodelada. Desse modo, ele pode obter uma melhor relação consigo mesmo e, conseqüentemente, com a sociedade (Bechelli & Santos, 2005). Tal como referem Spadini e Souza (2006) num estudo realizado sobre grupos na área da saúde mental, o recurso grupal é uma estratégia importante nas ações de enfermagem, no sentido de favorecer a melhoria na qualidade da assistência ao paciente e seus familiares. Também sublinham a necessidade de o enfermeiro desenvolver competências para o bom desempenho de coordenação de grupos. Acreditam que essa preparação começa com o autoconhecimento e com conhecimentos específicos sobre dinâmica de grupo. Assim, possivelmente o recurso grupal poderá ser aplicado com efetiva segurança pelo enfermeiro. Neste sentido, “os grupos” procuram assim congrega e promover e coesão e o encontro de pessoas para que reconheçam as similitudes dos seus problemas, encontrem uma forma de suporte social alternativo, necessário para apoiar a construção e o desenvolvimento da sua própria identidade e o equilíbrio nas mais variadas situações (Guerra, 2008).

No entanto é importante que esta intervenção seja acompanhada de uma reflexão constante pois a reflexão sobre a prestação de cuidados irá influenciar de forma positiva toda a prática, visando um desenvolvimento de competências mais eficaz, pois “o pensamento crítico, reflexivo, constitui uma ferramenta essencial no processo de decisão dos enfermeiros” (Margato, 2010, p.4). Somente através da reflexão sobre a prática e a aquisição de novas competências no decurso desta formação, será possível consolidar as aprendizagens adquiridas de forma a alcançar uma maior autonomia e capacidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas de maior complexidade, visando a possibilidade de alcançar o estadio 5 do modelo de Dreyfus – Perita (Benner, 2001).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Competências inerentes ao enfermeiro

2.1.1. Conceito de competência

O conceito de competência é entendido “como a aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando, de uma forma correcta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio” (Perrenoud, 2002, p. 19).

O mesmo autor salienta ainda que a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades e informações) para enfrentar, com pertinência e eficácia, uma série de situações. Ou seja, é um constructo teórico ancorado em várias premissas, tais como:

- As competências não são unicamente saberes, mas incorporam conhecimentos adquiridos ao longo da história de vida. Não basta saber, é necessário ser capaz de mobilizar o conhecimento;
- A pragmatização dos saberes só se desenvolve em situações singulares, pelo que se torna necessário trabalhar, exercitar a mobilização, a transferência para o quotidiano;

Para Le Boterf (1995) a competência é definida como “uma realidade dinâmica, um processo, mais do que um estado (...) um saber-fazer operacional válido” (p.18). Logo, a competência não se limita à execução de uma tarefa única e repetitiva, mas implica ser capaz de aprender e de se adaptar às situações.

Desta forma, podemos concluir que a competência pode ser definida como um saber agir, o que inclui saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades. Assim, ser competente compreende uma elaboração mental de forma a produzir uma resposta precisa e adequada à situação.

Para Benner (2001) o enfermeiro competente é aquele que, perante as situações imprevisíveis, que fazem parte do seu exercício profissional, é capaz de resolvê-las, porque tem consciência do que é capaz de fazer.

Nesta perspectiva, e de acordo com os autores Le Boterf (1995) e Perrenoud (2002), a competência é um processo sistémico e dinâmico, pois articula conceitos, habilidades e capacidades que o indivíduo tem de mobilizar em conjunto.

A formação é uma componente essencial da formação profissional. De acordo com Perrenoud (2002), possibilita que as competências evoluam e se adaptem às mudanças e mutações das situações de trabalho e contribuam para exercitar as pessoas de forma a utilizarem os recursos que advêm da formação inicial. Para que a formação seja geradora de desenvolvimento, deve estar ligada às práticas. Não é apenas a aquisição do saber-fazer, mas, essencialmente, o desenvolvimento de atitudes e de novas competências do tipo relacional e pessoal, que permite às pessoas evoluírem quer pessoal quer profissionalmente.

2.1.2. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), Regulamento n.º 122/2011 publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011, as competências comuns do enfermeiro especialista, dizem respeito às “competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.3). De acordo com RCCEE são quatro os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A elaboração deste projeto permitirá desenvolver as competências comuns nomeadamente na área da melhoria contínua da qualidade visando a prevenção de complicações nas mulheres com doença oncológica.

2.1.3 Competências específicas do EESM

A saúde mental pode ser definida como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (Comissão das Comunidades Europeias, 2005, p.4). O EESM tem um papel facilitador tendo por finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, devendo ser “a ambição máxima de qualquer enfermeiro tornar-se perito em utilizar-se a si próprio, na plenitude do seu ser e conhecimentos, como instrumento de intervenção terapêutica, de desenvolver uma percepção muito fina e uma apurada intuição” (Salgueiro, 2006, p. 3).

De acordo com Taylor (1992), os enfermeiros possuem uma ferramenta singular que pode influenciar o comportamento do cliente de uma forma que nenhum outro tratamento ou medicação consegue: o uso de si mesmo como instrumento terapêutico. Para que isto seja alcançado o autoconhecimento torna-se indispensável. Este, por sua vez, é proporcionado por uma autoanálise constante com incidência em determinados pontos: autoconsciência, esclarecimento de valores, exploração dos sentimentos, capacidade de servir, o senso de ética e a responsabilidade. Para esta autora, a auto-consciencialização consiste em trazer à consciência os nossos sentimentos e as nossas crenças. Ela permite uma comunicação mais autêntica e um conhecimento das nossas próprias limitações. A presença e expressão de atitudes facilitadoras pelo enfermeiro, confere qualidade à relação com o cliente, ou seja, as atitudes do enfermeiro visam promover o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade para o cliente enfrentar a vida.

O que distingue a prática clínica da enfermagem de saúde mental das restantes especialidades são as competências de âmbito psicoterapêutico que possibilitam ao EESM o desenvolvimento de um juízo clínico singular e cujas competências estão definidas no RCEEESM.

O RCEEESM descreve que o EESM mobiliza a si mesmo como instrumento psicoterapêutico na relação com o cliente, família ou comunidade. Para além disso, desenvolve conhecimentos, vivências e capacidades terapêuticas que lhe possibilitam dispor de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas na

prática. A relação que estabelece com o cliente, usando das suas capacidades terapêuticas, permite que o mesmo se sinta confiante e seja parceiro nos cuidados prestados, o que lhe aumenta a capacidade de insight sobre os problemas e sobre novas estratégias para os solucionar.

2.2. Conceitos fundamentais para a prática

De acordo com o REPE, a enfermagem

é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.15).

E ao enfermeiro especialista cabe não só desenvolver as atividades inerentes à sua área de especialidade, mas também cuidados de enfermagem gerais, tal como se pode perceber na definição apresentada no REPE

enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p 15).

Mais do que o referido no conceito anterior e de acordo com o RCCEE, o enfermeiro especialista

é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010b, p. 2).

O “conhecimento aprofundado”, referido anteriormente, resulta não só dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do processo de aprendizagem em sala de aula, mas acima de tudo através do conhecimento resultante da prática clínica e da reflexão sobre a mesma. Este princípio vai de encontro ao referido em trabalhos de Carper (1978) citada por Queirós (2008), que salienta não só a centralidade do conhecimento teórico resultante empiricamente, como também a importância do conhecimento obtido mediante a prática

clínica. É na prática clínica que se desenvolvem e adquirem as competências inerentes à especialidade de enfermagem. Mas mais importante que “fazer” é a reflexão sobre aquilo que se “faz”, de modo a consolidar o conhecimento resultante dessa aquisição.

A reflexão é um processo de (re)pensar ou um pensamento em segundo grau. “Refletir é o ato de retomar, reconsiderar os dados disponíveis, revisar, vasculhar numa busca constante de significado. É examinar detidamente, prestar atenção, analisar com cuidado.” (Saviani, 1987, citado por Fusari, [s.d.], p.45). Esta assume um papel fulcral na formação de qualquer profissional e, sem exceção, do enfermeiro especialista. O principal objetivo dessa reflexão é a requalificação da aprendizagem e reconstrução/consolidação do conhecimento, com consequente repercussão positiva na qualidade dos cuidados prestados.

2.3. A doença oncológica: consequência para a saúde

A neoplasia da mama é o tipo de cancro mais comum entre as mulheres (não considerando o cancro da pele), e corresponde à segunda causa de morte por cancro, na mulher. Em Portugal, anualmente são detetados cerca de 4500 novos casos de neoplasia da mama, e 1500 mulheres morrem com esta doença. A neoplasia da mama é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só por ser muito frequente, e associado a uma imagem de grande gravidade, mas também porque agride um órgão cheio de simbolismo, na maternidade e na feminilidade (Liga Portuguesa contra o cancro, [s.d.]).

Boyle e Ferlay (2004) estimaram que na Europa em 2004 uma incidência de 2 886 800 casos de cancro diagnosticado e 1 711 000 óbitos pela mesma causa, dos quais 129 900 por neoplasia da mama (13%). Atualmente, este tipo de doenças constitui provavelmente o grupo de doenças mais temidas pela população em geral (Ministério da Saúde, 2007). Boyle e Ferlay (2004) mostram que em Portugal o tumor da mama é o mais frequente nas mulheres (corresponde a 17% do total de morte de causa oncológica e a principal causa de morte na mulher). No entanto Bastos, Barros e Lunet (2007) observaram em Portugal uma diminuição de 2%/ano das taxas de mortalidade por neoplasia da mama desde a década de 90. Hery, Ferlay, Boniol e Autier (2007) concluem que além desta diminuição da mortalidade a nível internacional e desde 1960 assiste-se a um aumento de 2%-3% por ano da incidência deste tipo de tumor, sobretudo no grupo etário 50-69 anos. Os dados anteriores evidenciam uma das consequências do avanço da medicina no domínio das doenças oncológicas: a elevação da

taxa de sobrevivência entre os que sofrem deste tipo de afeções e consequentemente um aumento da necessidade de intervenção e de justificação nesta área.

Justo (2002, p.51) refere que “entre as necessidades de intervenção são de primordial importância as que se referem à manutenção ou recuperação da qualidade de vida em múltiplas frentes”. O cancro, no conjunto das doenças crónicas e graves, atualmente assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que cria no doente e no sistema familiar (Pinto e Ribeiro, 2007). A doença oncológica está associada, por um lado, a uma elevada complexidade da sua origem e elevados custos sociais e económicos; por outro lado, desencadeia um conjunto de reações emocionais a nível do doente e da população em geral. Para além do já referido medo irracional que frequentemente desperta, o cancro é uma doença que envolve um elevado grau de incerteza e indeterminação no que respeita à sua etiologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico (Dias, 2002).

De facto, ao longo das últimas décadas, vários estudos foram realizados, centrados na pessoa com doença oncológica e evidenciam alterações profundas na qualidade de vida dos doentes oncológicos, bem como diminuições na sua autoestima e no seu autoconceito conjugadas com aumentos da ansiedade e depressão (Justo, 2002).

Segundo Talhaferro, Lemos e Oliveira (2007, p. 22)

é evidente que as repercussões da mastectomia são amplas e distintas para cada mulher, envolvendo implicações na vida diária, além das relações entre ela e as pessoas do seu convívio, sendo de crucial importância o papel da enfermagem na tentativa de resgatar o conceito que a mulher mastectomizada tem de si mesma.

Almeida (2006) conduziu uma revisão da literatura onde evidencia que a forma como a mulher irá reagir à mutilação da sua mama e suas consequências será de acordo com algumas variáveis que dizem respeito à sua história de vida, ao contexto social, económico e familiar em que está inserida, pelo que poderá vivenciar vários lutos. Ainda no mesmo estudo se constata que a neoplasia da mama implica um elevado grau de comprometimento na autoimagem corporal, o que pode acarretar danos ao conceito que se tem de si próprio e à aceitação ou não da própria sexualidade, visto que a mulher está carregada de sentimentos de intensa insegurança e medo.

O tratamento utilizado dependerá da extensão da doença e suas características. Entre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser administrados individual ou concomitantemente. Se for concluído que há necessidade de se fazer uma cirurgia para a retirada do nódulo, esta pode ser conservadora, a chamada quadrantectomia, na qual é retirada apenas uma parte da mama, sendo necessário ainda a utilização da radioterapia. Entretanto, há casos em que é necessário a utilização da mastectomia, uma cirurgia radical e, portanto mutiladora (Liga portuguesa contra o cancro, [s.d.]). Perante o impacto psicológico, emocional e físico da neoplasia da mama torna-se fundamental criar estratégias que visem proteger e promover a saúde mental deste grupo. As mulheres com neoplasia da mama, incluindo as que passaram pela experiência da mastectomia, obtêm ganhos significativos de saúde, tais como a melhoria do estado geral de saúde, melhoria na qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica e melhor comunicação entre paciente, família e equipa com uma intervenção de qualidade a este nível (Almeida, 2006).

3. CONTRIBUTOS DA TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE PEPLAU

Em 1952, Hildegard Peplau introduziu um novo paradigma para a enfermagem centrado nas relações interpessoais que se processam entre a enfermeira e o paciente (Peplau, 1990). Uma das questões referia-se à compreensão do que seria a enfermagem e em que consistiria a sua prática.

Obviamente, os elementos fundamentais da prática da enfermagem são o paciente, o enfermeiro e os acontecimentos que envolvem ambos durante uma situação de cuidado. Eis, portanto, a importância fundamental de Peplau ao tentar "profissionalizar" o que a enfermagem, de certa forma, já realiza quando interage com o paciente, embora o faça, na grande maioria das vezes, de forma intuitiva (O'toole & Welt, 1996; Martí, 1990). No que tange à Teoria das Relações Interpessoais de Peplau, pode-se dizer que seus fundamentos são relacionados ao crescimento e desenvolvimento, como os estudos de Erick Fromm e, sobretudo, a Teoria Interpessoal de Harry Stack Sullivan (George, 2000).

De forma geral, essas teorias adotam, como pressuposto básico, que o crescimento e o desenvolvimento humanos ocorrem de forma gradual até à realização do seu potencial máximo. O crescimento é entendido como um aumento relacionado ao tamanho e formas físicas, ordenado e com tendências regulares no seu direcionamento, mas que acontece para cada pessoa num padrão único influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos. O desenvolvimento, por outro lado, refere-se a mudanças funcionais no indivíduo, mais de caráter qualitativo, e que também recebem influências internas e externas (Leddy & Pepper, 1989).

A teoria de Sullivan, particularmente, baseia-se na crença de que o comportamento e a personalidade dos indivíduos desenvolvem-se a partir das relações com pessoas consideradas importantes para eles. Embora as etapas do desenvolvimento possam ser de caráter universal, não existem limites definidos para cada uma delas, as quais recebem grande influência das diferenças culturais. Para Sullivan, em cada fase, a satisfação e a segurança derivam do atendimento das necessidades do indivíduo e dos julgamentos de valores feitos por pessoas que tenham importância para esse indivíduo (Leddy & Pepper, 1989).

Com base nessas proposições, Peplau traz na sua teoria a noção de "crescimento pessoal" que é compartilhado pelo enfermeiro e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora usou o termo "enfermagem psicodinâmica" para descrever o relacionamento dinâmico entre enfermeira e paciente. Para Peplau a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente (O'toole & Welt, 1996).

As etapas da enfermagem psicodinâmica desenvolvem-se tendo como base dois pressupostos fundamentais, a saber (O'toole & Welt, 1996):

1. A postura adotada pela enfermeira interfere diretamente no que o paciente vai aprender durante o processo de cuidado ao longo de sua experiência como doente;
2. O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao amadurecimento é uma função da enfermagem que exige o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de solução dos problemas ou dificuldades interpessoais quotidianos;

Peplau considera que na medida em que cada enfermeira compreenda a sua própria função tanto mais ela compreenderá a situação do paciente e a forma como esse a concebe (O'toole & Welt, 1996). A primeira parte da teoria oferece ao leitor alguns elementos fundamentais para prepará-lo a compreender as "influências, tarefas e métodos" que farão parte da relação entre enfermeira e paciente. A autora afirma inicialmente que, uma vez que pretende fornecer um marco conceitual para a enfermagem psicodinâmica, cumpre esclarecer a sua conceção de enfermagem (Peplau, 1990).

Na ação apresentada na sua obra, a enfermagem é vista primariamente como um processo, considerado com base nas suas fases e nos diferentes papéis que a enfermeira pode assumir (Peplau, 1990). Ao assim dizer, a autora entende que a natureza da enfermagem sistematizada é dirigida a uma meta, exige certas fases, ações, operações e realizações que se produzem entre o indivíduo que pratica a enfermagem e a pessoa assistida. É necessário ressaltar que o processo vai muito além das técnicas de enfermagem, que poderão ser usadas ou não para resolver o problema do paciente, mas que por si só não o levam a amadurecer. A

enfermagem, na percepção desta teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessitada de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda (Peplau, 1990).

Mesmo enfatizando na sua teoria os aspectos psicológicos da prática da enfermagem, a autora reconhece que o cuidado físico do corpo de outro ser humano é fundamental, pois proporciona um tipo de “intimidade interpessoal”, uma proximidade de tal forma que, com muita frequência, induz a mente do paciente a realizar conexões entre as circunstâncias presentes e as suas experiências anteriores que, de certo modo, são similares (O'toole & Welt, 1996).

O objetivo da assistência de enfermagem é ajudar os indivíduos a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas (O'toole; Welt, 1996). Nesse respeito, vale mencionar que as metas a serem atingidas deverão ser estabelecidas pela enfermeira e pelo paciente, pois caso os objetivos de ambos sejam desarmônicos, os resultados também o serão (Riehl & Roy, 1980). Ao incluir nos objetivos as mudanças de âmbito comunitário, Peplau evidencia que reconhece o papel da família, da sociedade, da cultura e do ambiente nas mudanças, mesmo que seja o ambiente hospitalar o contexto predominante na teoria. Também aponta que um dos papéis que a enfermeira pode desenvolver é o de fazer com que os cuidados de saúde possam ser conduzidos do hospital para a comunidade (Riehl & Roy, 1980).

Em relação ao processo de atuação da enfermagem, cumpre afirmar que esse representa a parte dinâmica da teoria. O processo ou processos de uma teoria implicam nas atividades, quer sejam de ordem afetiva, intelectual ou comportamental, requeridas para implementar uma teoria. Cumpre ainda ressaltar que diferentes problemas requerem diferentes métodos. Para algumas teóricas, o processo é reduzido a uma simples atividade. Para outras, numerosas ações estão envolvidas na execução do processo (Barnum, 1998).

Na sua teoria, Peplau (1990) opta por descrever o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Essas etapas estão sobrepostas e devem ser consideradas de forma relacionada. Na fase de orientação, o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional. A enfermeira, inicialmente, identifica as necessidades do paciente, o qual, durante a interação, fornece muitas pistas a

respeito de como visualiza a dificuldade que está a experimentar e oferece à enfermeira a oportunidade de reconhecer as suas carências de informação e compreensão acerca do problema. Diante das necessidades identificadas, a enfermeira, em colaboração com outros profissionais da equipa de saúde, orienta o paciente sobre o problema e as suas implicações. A tensão e a ansiedade apresentadas por esse paciente em decorrência das suas necessidades devem ser levadas em consideração na fase de orientação, pois, caso contrário, não haverá êxito em tentar relacionar a sua experiência atual com as anteriores (Peplau, 1990).

À medida que a relação avança, passa-se à fase de identificação, na qual o paciente começa a responder seletivamente às pessoas que lhe oferecem a ajuda de que necessita (Peplau, 1990). Nessa fase, a enfermeira, no desempenho das ações de cuidado, pode levar o paciente a identificá-la como uma figura familiar ou culturalmente importante nas suas lembranças. O paciente poderá responder de três formas: desenvolvendo ações de caráter participativo e interdependente com a enfermeira; isolando-se e assumindo uma atitude de independência em relação à enfermeira ou adotando uma postura de desamparo e dependência em relação a essa profissional (O'toole & Welt, 1996).

Peplau (1990) comenta que alguns pacientes se identificam tão facilmente com a enfermeira que esperam que ela atenda a todos os seus desejos, desconsiderando o facto de que o relacionamento interpessoal pressupõe que haja uma interação entre ambos.

Na etapa de identificação, os esforços da enfermeira devem direccionar-se para o auxílio do paciente na consecução de uma aprendizagem construtiva, a qual ocorre quando ele pode centrar-se nos elementos essenciais da situação, mediante os seus próprios esforços, e quando pode desenvolver respostas independentemente da enfermeira (Peplau, 1990).

A terceira fase do processo refere-se à exploração ao máximo da relação para a obtenção dos melhores benefícios possíveis. O paciente faz pleno uso dos serviços que lhe são oferecidos, entretanto, quando se inicia a recuperação, pode experimentar conflitos entre o seu estado de dependência e independência, a um só tempo. A atuação da enfermeira é continuar a promover a satisfação do paciente em relação às suas demandas à medida que elas surgem e, conforme avança a convalescença, deverão ser estabelecidas novas metas - como voltar para casa e ao trabalho - no intuito de diminuir a identificação do paciente com a pessoa que lhe prestou ajuda (Peplau, 1990).

A última fase denominada de resolução é caracterizada mais como um fenômeno psicológico em que o paciente abandona os laços adquiridos e prepara-se para retornar para casa. O ideal seria que essa fase coincidissem com a resolução do seu problema clínico, o que em muitos casos não acontece, pois o paciente mesmo recuperado não apresenta o desejo real de concluir a enfermidade (Peplau, 1990).

Para que a resolução aconteça de forma bem-sucedida, há a necessidade da liberação gradual da identificação com as pessoas que prestaram ajuda e da criação e fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmo. O paciente consegue lograr êxito nessa etapa quando as etapas anteriores foram amplamente satisfeitas e ocorreu um encadeamento adequado entre elas (Peplau, 1990).

Durante todas as fases do processo interpessoal, a enfermeira pode assumir diferentes papéis. Como "pessoa estranha", a enfermeira estabelece com o paciente uma interação baseada no respeito e no interesse, na qual o visualiza como uma pessoa emocionalmente capaz e busca utilizar expressões que promovam maior conforto psicológico (Peplau, 1990).

Outro papel é o de "pessoa recurso", o qual implica que a enfermeira deve fornecer resposta às perguntas dos pacientes, sobretudo às questões que envolvem sentimentos e que estão associados aos maiores problemas enfrentados por eles. Também pode atuar como "educadora" e "líder", auxiliando o processo de aprendizagem do paciente à medida que promove a participação ativa do mesmo nas suas experiências. Outros papéis que as enfermeiras podem desempenhar, denominados como "substitutos", desenvolvem a personalidade do paciente a partir da reativação das suas experiências anteriores, papéis esses que encontram resistência por parte de algumas delas (Peplau, 1990).

Tendo em vista que a Teoria das Relações Interpessoais de Hidelgard Elizabeth Peplau privilegia o relacionamento enfermeira/cliente, de maneira que ambos possam interagir no processo saúde/doença, encontrou-se neste marco conceitual subsídios coerentes para adotá-lo nesta pesquisa, pois acredita-se que esta interação se torna imprescindível no desenvolvimento das ações educativas de saúde, de forma que o paciente possa se tornar mais receptivo às informações recebidas e, com isso, absorvê-las de maneira satisfatória.

Ao relacionar o enfrentamento pessoal da doença pelo paciente e a enfermagem como parte atuante neste contexto, Peplau (1990) ampara-se em pressupostos, como os descritos a seguir:

- Crescimento e desenvolvimento pessoal que ocorrem de forma gradual até à realização do seu potencial máximo;
- O crescimento pessoal é compartilhado pelo enfermeiro e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar;
- O comportamento e a personalidade dos indivíduos desenvolvem-se a partir das relações com pessoas consideradas importantes para eles;
- A enfermagem é considerada psicodinâmica, pois envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de forma útil com o paciente;
- Na Teoria, o objetivo da assistência de enfermagem é ajudar os indivíduos a produzir mudanças que influenciem de forma positiva as suas vidas;

Para finalizar, é de se ressaltar que a enfermagem deve considerar que os pacientes são seres humanos que se diferenciam entre si e somente precisam da assistência de pessoas que acreditam ser capazes de ajudá-los a resolver os problemas de saúde.

4. PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O desenvolvimento de competências profissionais requer uma instrumentalização de saberes e capacidades, porém, não se limita a essa instrumentalização de saberes e capacidades. Existem os recursos que podem ser internalizados como os saberes e habilidades, a serem mobilizados por um profissional em um determinado contexto, é o saber agir em situação (Le Boterf, 2003).

O EESM ajuda a pessoa a resolver áreas de conflito e ansiedade, permitindo que este expresse os seus pensamentos e emoções e relaciona-os com as ações observadas e relatadas. Nesta relação, deve existir respeito pela diferença de valores e crenças, no sentido do enfermeiro conseguir entender melhor os problemas da pessoa cliente (Stuart & Laraia, 2001).

O desenvolvimento da relação terapêutica compete ao enfermeiro, além do conhecimento sobre manifestações de comportamento resultantes de riscos à saúde mental e de doenças mentais, domínio sobre os comportamentos essenciais da relação terapêutica (Arantes, Fukuda & Stefanelli, 2008), nomeadamente:

- Autoconhecimento: é o desenvolvimento da capacidade de conhecer as próprias atitudes que estão presentes e que dão vida ao comportamento do ser humano;
- Aceitação e não-julgamento: o enfermeiro deve aceitar o cliente, tal como ele é, demonstrando compreensão e aceitação empática da razão deste agir daquela maneira, no momento em que o comportamento se manifesta;
- Dependência, interdependência e independência: o enfermeiro não deve fazer as coisas pelo cliente, mas sim junto deste, ajudando-o a compreender os seus pontos fortes e a testá-los dentro dos seus limites, valorizando os seus esforços e progressos rumo à independência;
- Empatia e envolvimento emocional: a empatia é a tentativa de sentir o mundo do outro como ele o entende, com os seus sentimentos e as suas emoções. A capacidade de empatia está intimamente relacionada aos sentimentos de confiança, ao envolvimento emocional e ao respeito mútuo que ocorrem na relação terapêutica;

- **Confiança:** é o sentimento de fiabilidade em relação ao outro. A confiança permite à pessoa aprender a lidar com o mundo e a resolver os desafios que se apresentam. A flexibilidade, o cumprimento de promessas feitas, a manutenção de contacto visual, o respeito ao silêncio do cliente, o atendimento das possíveis preferências, o planeamento das atividades diárias e a promoção do alívio da sua ansiedade, podem proporcionar o surgimento mais rápido da confiança, embora às vezes, este processo possa levar algum tempo a realizar-se;
- **Respeito mútuo:** ter respeito pela pessoa é acreditar na sua dignidade e no seu valor, independentemente do seu comportamento; aceitar a pessoa que cada ser humano é, sem julgá-la. É a demonstração do sentimento empático e de interesse genuíno pelo cliente. O cuidado deste não é apenas uma tarefa; trata-se de uma oportunidade para ajudá-lo a desenvolver o seu potencial e dos seus recursos pessoais para enfrentar a situação vivenciada. Assim sendo, o enfermeiro torna-se respeitado como profissional, estabelecendo o respeito mútuo, fortalecendo a confiança entre os dois. O respeito é transmitido ao outro, principalmente, por ações, portanto, de forma não-verbal, do que por meio de palavras;

Na psicoterapia de grupo o terapeuta procura facilitar a participação e interação dos membros, de modo a que eles, possam verbalizar livremente os seus pensamentos e emoções. No decorrer desse processo empenha-se em manter o foco da conversa, apoiar os participantes que se sentem embaraçados, mediar conflitos e assegurar o cumprimento das regras estabelecidas (Bennett, 1984).

Um dos atributos fundamentais para o psicoterapeuta de grupo é possuir habilidade de desenvolver a interação e fortalecer a ligação emocional entre os participantes, envolvendo-os pelo diálogo, abordando tópicos em comum, revelando-os tanto nas semelhanças quanto nas diferenças, conseguindo, nesse sentido, que venham a atuar como agentes terapêuticos (Weiner, 1993).

Destaca-se a importância do terapeuta ouvir atentamente e com sensibilidade cada participante, independentemente da forma de expressão, valor ou superficialidade do assunto (Rogers, 1970). O participante deve sentir que, naquele círculo de pessoas, pelo menos o

terapeuta o aceita incondicionalmente no momento em que assume o risco de dizer algo pessoal, absurdo, hostil ou cínico, e que a sua colocação corresponde a uma expressão autêntica da sua pessoa. É conveniente destacar que as intervenções devem ser sempre efetuadas de forma não diretiva, sem imposição e julgamento sobre o que é melhor para cada cliente (Bechelli & Santos, 2005). Neste sentido é necessária ter consciência dos princípios da relação terapêutica e desenvolver competências que permitam realizar cuidados especializados de alta qualidade, sendo portanto de extrema importância a formação do EESM.

A formação em enfermagem baseia-se em dois eixos estruturantes e fundamentais: o ensino teórico e o estágio. Este último é visto como um momento de aprendizagem de excelência, onde se ambiciona que o aluno desenvolva competências de ação em situações reais e competências meta-reflexivas que lhe possibilitam transformar a experiência em aprendizagem (Almeida, 2006).

Os locais de estágio são lugares privilegiados e únicos que possibilitam ao enfermeiro a aprendizagem, através da mobilização de saberes para a ação, perante uma situação concreta e sempre singular. Assim, a prática clínica deve ser desenvolvida em locais diferentes de forma a fornecer ao aluno a possibilidade de desenvolver as suas competências em situações reais e diversificadas que atravessem todo o ciclo vital do homem (Almeida, 2006). Por esse motivo realizei dois estágios em locais diferentes optando por efectuar em cada um deles as 250 horas de uma forma condensada permitindo estar presente todos os dias da semana mantendo assim a continuidade dos cuidados.

Num primeiro momento foi realizado um estágio em contexto hospitalar num serviço de psiquiatria para adultos com patologia mental em fase aguda. A segunda fase correspondeu ao estágio comunitário, que foi realizado num hospital de dia de oncologia, onde pude desenvolver competências de âmbito psicoterapêutico no sentido de diminuir o sofrimento mental associado ao diagnóstico da mulher com neoplasia da mama.

Este trabalho teve como finalidade identificar e desenvolver as competências específicas e necessárias ao EESM para poder criar um projeto de promoção da saúde mental da mulher com neoplasia da mama através do cuidado especializado com recurso a intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo.

Teve como objetivo geral:

- Identificar as competências específicas do EESM no âmbito de intervenções psicoterapêuticas de grupo a fim de promover intervenções de enfermagem para a manutenção e promoção da saúde das mulheres com neoplasia da mama;

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências de âmbito psicoterapêutico que permitam cuidar da pessoa com sofrimento mental relacionado com a doença oncológica (competência F4¹);
- Desenvolver competências de âmbito psicoterapêutico com grupos (competência F4);
- Ampliar competências de avaliação do doente mental através nomeadamente da técnica da entrevista (competência F2²/competência F3³);
- Desenvolver competências na avaliação do doente oncológico (competência F2/competência F3);
- Compreender o papel das emoções no quotidiano profissional, desenvolver uma reflexão sobre si próprio para melhor se gerir em contextos complexos e incertos, desenvolver competências emocionais para facilitar o trabalho em equipa, o entendimento e a cooperação (competência F1⁴);

Na elaboração do processo de enfermagem mobilizou-se a teoria das relações interpessoais de Peplau, em que o homem é ativo no seu processo de cuidados e o enfermeiro aliado e orientador nesse processo. É, no seio dessa relação, que se constituem inequivocamente os fatores predisponentes a aprendizagens e mudanças positivas. É através desta relação interpessoal que se dá o envolvimento e interação destas duas entidades tendo como objetivo comum o crescimento do paciente, ser único, fonte de múltiplas experiências. Apesar disto, neste processo existe não só um crescimento do paciente, mas também do

¹ F4 Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

² F2 Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

³ F3 Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

⁴ F1 Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

profissional que, com a experiência vivida e transmitida pelo paciente irá enriquecer a sua prática profissional, constituindo saber útil para aplicação em futuras situações clínicas.

3.1. Estágio num serviço de internamento de adultos com doença mental em fase aguda

Este primeiro estágio possibilitou o contacto com pessoas com doença mental que, maioritariamente se encontravam em situação de crise. Segundo Chalifour “um estado de crise produz-se quando uma pessoa afronta um obstáculo a um objectivo importante da sua vida que, por um certo tempo, é intransponível pelo recurso aos métodos habituais de resolução de problemas.” (Chalifour, 2009, p.185). As doenças mentais são consideradas um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, exigindo considerável investimento do sistema de saúde e causando grande sofrimento para o doente e sua família apresentando diferentes graus de comprometimento e de necessidades. No âmbito da otimização da saúde mental, desenvolveu-se uma intervenção psicoterapêutica em grupo dirigida a pessoas com doença mental internadas no serviço de psiquiatria. O objetivo principal foi identificar e desenvolver as competências específicas do EESM na implementação de intervenções de âmbito psicoterapêutico de grupo utilizando uma abordagem de base analítica (Apêndice I e II).

Todos nós crescemos no seio de diversos grupos. Desde o grupo familiar, a escola, coletividades culturais, recreativas e religiosas, até ao trabalho. É no contexto destes grupos que aprendemos a relacionar-nos com os outros. A grupanálise permite ao cliente abordar os conflitos internos que foi desenvolvendo nas relações com os outros no percurso dos grupos da sua vida. Dito de outro modo, a grupanálise é o cenário ideal para se poderem revivenciar, transferencialmente as dificuldades nas relações interpessoais, dar-lhes um significado, e ensaiar de facto uma mudança adaptativa (Sociedade Portuguesa de Grupanálise, [s.d.]).

Previamente, às sessões de grupo desenvolvidas no decorrer do estágio também tive a oportunidade de poder desenvolver outros tipos de intervenções individuais e de grupo com supervisão do orientador perito na prestação de cuidados permitindo-me desenvolver competências relacionais essenciais. Através das entrevistas individuais de admissão ou de ajuda assim como nas passagens de turno pude formular diagnósticos de enfermagem e planear intervenções com o objetivo principal de diminuir o sofrimento mental destes clientes.

Caracterização do grupo alvo:

A população foi constituída por um grupo de pessoas com doença mental em situação de crise internadas no serviço de internamento de psiquiatria. Os clientes selecionados foram convidados a participar no grupo. Inicialmente, com 6 clientes do género feminino, com idades compreendidas entre 34 e 45 anos. Optou-se por um grupo fechado não permitindo entrada de mais pessoas ao longo das sessões. No entanto, por vários motivos nomeadamente altas do serviço e alterações do estado de saúde acabaram por participar no grupo apenas três pessoas.

Programa:

A intervenção foi realizada duas vezes por semana num gabinete médico do serviço de internamento de psiquiatria ao longo de 3 semanas com duração de uma hora.

CrITÉrios de Inclusão:

Clientes com os seguintes diagnósticos de enfermagem: autoestima diminuída, ansiedade aumentada, humor deprimido.

É através da colheita de dados que se faz o diagnóstico de enfermagem, porque só através da análise criteriosa dos dados é que é possível fazer-se o levantamento das necessidades e problemas. Assim sendo, para a colheita de dados foram utilizados vários meios, tais como informações obtidas pela equipa do serviço, consulta do processo clínico e pelo recurso à entrevista. Perante os diagnósticos de enfermagem levantados, foram planeadas e realizadas intervenções de enfermagem. Durante a colheita de dados foram levantados vários focos de atenção passíveis de serem alvo de intervenção e posteriormente elaborados diagnósticos de enfermagem (Apêndice III).

O serviço onde decorreu o estágio utiliza a classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e registo no Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem (SAPE).

CrITÉrios de exclusão:

Clientes com os seguintes diagnósticos de enfermagem: confusão mental, défice cognitivo, alucinações, agitação psicomotora.

Indicadores de resultado:

Ausência de manifestações comportamentais de ansiedade tais como diminuição dos sintomas físicos (cefaleias, tensões musculares, transpiração, falta de ar, mau estar), diminuição de administração de terapêutica SOS, diminuição dos distúrbios de sono, diminuição dos episódios de irritabilidade.

Avaliação:

A avaliação foi feita de forma qualitativa através da observação da comunicação verbal e não-verbal dos clientes. Tal como foi referido anteriormente foram levantados diagnósticos de enfermagem para as três clientes selecionadas. Cada sessão realizada foi supervisionada pelo enfermeiro especialista em saúde mental com formação em grupanálise, e o conteúdo analisado em conjunto permitindo uma reflexão aprofundada da prática.

Limitações:

O grupo terapêutico formado no serviço de internamento de psiquiatria é um grupo fechado, ou seja, há uma permissão da saída de determinados membros mas não de entrada de novos participantes a fim de facilitar a união de grupo e consecutivamente a catarse das emoções. Bloch (1999) refere que sempre que entra e sai um elemento do grupo, a coesão do mesmo é ameaçada, e um elemento quando entra num grupo já estabelecido pode enfrentar dificuldades de integração.

No contexto da sua aplicação no serviço especificado, as desvantagens referidas tornam-se ainda mais evidentes dado que a permanência dos elementos no grupo está dependente da sua alta clínica, ou seja, sempre que um cliente tem alta do Internamento de Psiquiatria, deixa de poder participar no grupo terapêutico estabelecido, não completando o seu percurso psicoterapêutico. Verifica-se então um grande movimento dentro do grupo num curto espaço de tempo, o que lhe confere instabilidade e insegurança. Assim, uma grande parte dos benefícios terapêuticos deste tipo de terapia não é usufruída ou mesmo atingida neste contexto.

Terapia de grupo:

A terapia de grupo é uma parte importante de experiências terapêuticas de clientes hospitalizados. Os grupos podem ser organizados de muitas maneiras numa enfermaria e apesar dos objetivos de cada grupo variarem, todos eles têm propósitos comuns: aumentar a consciência dos clientes de si mesmos por meios das interações com os demais elementos do grupo, proporcionar melhores habilidades interpessoais e sociais e ajudá-los a se adaptarem a um ambiente hospitalar e melhorar a comunicação entre cliente-equipe (Alan & Sado, 2007).

As sessões, desenvolvidas tinham como objetivo promover o insight dos elementos do grupo, a partilha de emoções e experiências vividas perante o problema de cada um, tal como das estratégias utilizadas para o conseguir ultrapassar.

Toda a comunicação verbal e não-verbal estabelecida em cada processo terapêutico era analisada no decorrer da intervenção, de forma a avaliar o seu impacto no outro, a reduzir as respostas comportamentais detentoras de um efeito negativo e a aumentar os comportamentos que desencadeassem um efeito facilitador da relação terapêutica. O contexto e os limites da relação profissional foram sempre preservados e respeitados de forma a manter a integridade do processo terapêutico.

Segundo a teoria psicanalítica, os indivíduos fazem investimentos libidinais durante toda a vida. Por meio das primeiras relações de objeto (mãe, pai), a criança vai constituindo um mundo interno. Nessas identificações com os objetos, a criança passa a internalizar imagens que terão uma representação psíquica inconsciente do traço investido desse outro objeto, que vem se sobrepor a um traço já existente, correspondente aos primeiros objetos de amor (McWilliams, 2006).

À medida que as pessoas envelhecem muitos dos seus antigos investimentos começam a desaparecer. O facto de alguns pacientes terem vivido perdas (status social, carreira, filhos, cônjuges) leva-os também a uma dolorosa vivência de luto. Eles podem sentir uma falência da sua própria pessoa, podendo-se verificar a necessidade da recriação de um passado glorioso, sendo esta uma condição necessária e humana no resgate das suas histórias que estavam soterradas (McWilliams, 2006).

Tal como diz Cortesão (1989) aquilo que um membro do grupo verbaliza não é relevante no seu conteúdo mas compreende um deslocamento de afetos investidos em fantasias, memórias dispersas ou conflitos atuais específicos, para uma nova relação de objeto que é aquela que é oferecida pelo grupo. Os elementos do grupo tendem a partilhar ideias, perdas, emoções ainda muito presentes. Nem sempre é fácil para o EESM gerir esse “acumular de dor” como lhe chamou uma das participantes pois somos identificados como detentores de poder e conhecimento e deveríamos conseguir aliviar essa dor. Importante sempre ir devolvendo ao cliente que é ele que percorre o caminho e que esse poder esta nas suas mãos. Recentrar as clientes como principais atores e responsáveis pelas decisões e opções que tomam.

As emoções e atitudes que o sujeito sentiu enquanto criança pelo objeto primário, podem ser transferidas para um objeto atual que no grupo pode ser o terapeuta, outro membro do grupo ou o grupo como um todo. A transferência de um participante do grupo para outro ocorre quando um sujeito identifica elementos que lhe suscitam experiências vividas com uma figura significativa do passado, tal como acontece na transferência dirigida ao terapeuta (Kutter, 2001).

Bion (1963) refere que as qualidades do analista são decisivas para o processo analítico. As emoções do analista devem permitir as articulações das projeções de modo a que este se permita pensar sobre as mesmas. Foram planeados momentos de reflexão após cada sessão com o enfermeiro orientador de forma a promover o auto-conhecimento, as reações e emoções pessoais enquanto futuro EESM. Tal como refere Peplau (1992) o enfermeiro só se pode relacionar com o utente como um todo na medida em que é capaz de conceber toda a sua personalidade centrada no seu problema. Tal como todos os utentes têm uma ideia de si mesmos que atua melhorando ou distorcendo as suas relações interpessoais com os profissionais, também o enfermeiro possui uma ideia de si próprio que expressa no relacionamento com os utentes, podendo ou não facilitar o crescimento de ambos na situação de cuidados. O tipo de pessoa em que o enfermeiro se transforma conduz a uma diferença substancial no que vai apreender um utente no processo de cuidados ao longo da sua experiência como doente. O comportamento nas situações de enfermagem torna-se mais claro quando se compreende a imagem que o utente e o enfermeiro têm de si mesmos, na medida em que o self (o si mesmo) responde seletivamente à experiência e é organizador e integrador da mesma. Neste sentido o enfermeiro que tenha consciência das suas ações, ao observar a

forma como um utente se relaciona, pode obter muitos mais indícios e especular com maior precisão o significado do comportamento do utente, tendo impacto nas respostas que proporciona ao utente (como uma figura ilusória ou como uma pessoa que terá conhecido e respeitado) (Peplau, 1992).

A enfermagem em saúde mental define-se como “uma área especializada da prática de enfermagem que emprega teorias do comportamento humano como ciência e o uso intencional de si próprio como sua arte” (Stuart & Laraia, 2001, p 3). A enfermeira deve utilizar-se a si própria, conjugando determinadas técnicas terapêuticas, na interação com o cliente, proporcionando-lhe momentos de reflexão objetivando a alteração dos seus comportamentos (Stuart & Laraia, 2001).

Entrevistas

Para além da intervenção em grupo desenvolvi competências na área do acolhimento e entrevistas a clientes e familiares. Nesse primeiro contacto é fundamental criar um clima de confiança que permite que a pessoa se sinta acolhida neste momento de maior fragilidade. Também a entrevista é um momento único de interação com o cliente e família. Foram desenvolvidas diferentes tipos de entrevista, de forma a satisfazer as necessidades dos clientes. As entrevistas realizadas foram: entrevistas de colheita de dados, entrevistas de ajuda em situação de crise, entrevistas de ajuda para a resolução de problemas e entrevistas de informação e de ensino.

Chalifour (2008, p.82) refere que a entrevista é

um encontro formal ao longo do qual aquele que ajuda e aquele que é ajudado entram em contacto pela primeira vez com o objectivo de se conhecer, de clarificar um pedido de ajuda, de determinar os serviços mais adequados para lhe responder e, de acordo com a situação, permitir ao interveniente oferecer ajuda ou orientar o cliente para o recurso apropriado.

Para Phaneuf os objetivos da entrevista à pessoa em crise consistem em fazê-la:

- Sentir-se em segurança, escutada e compreendida;
- Perceber que não está só e a sentir a nossa vontade de a ajudar;
- Realizar intervenções que lhe permitirão readquirir funções fisiológicas normais: ritmo respiratório, tensão arterial, sistema digestivo, sono, etc.;
- Chegar a uma interpretação correta da realidade;

- Chegar progressivamente a mais realismo depois de uma fase de negação que lhe permitiu encontrar um pouco de força e de se sentir tranquilizada;
- Conservar a sua percepção correta da realidade;
- Exprimir os seus sentimentos de receio, de angústia, de medo, de cólera e de desencorajamento;
- Compreender que lhe é permitido chorar ou estar em cólera numa situação parecida;
- Encontrar os seus mecanismos habituais de funcionamento e modificar alguns dos seus comportamentos;
- Encontrar opções ao seu modo de funcionamento atual;
- Encontrar apoio voltando-se para os amigos, familiares ou pessoas de confiança (Phaneuf, 2005, p. 312).

Para aplicar todas as técnicas e estratégias relacionais, o enfermeiro deverá manifestar certas atitudes na sua relação com o cliente. Chalifour (2008, p. 195) afirma que “uma relação não pode ser satisfatória se o interveniente não tem interesse pelo cliente e por aquilo que ele comunica e, não deseja compreender o seu ponto de vista e ser honesto com ele”. Assim inerentes à minha prática profissional estiveram os princípios da relação de ajuda nomeadamente a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança. Segundo Peplau (1990), o papel do enfermeiro consiste em ajudar o cliente a recordar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer, de modo a que essa experiência possa ser integrada no contexto da sua experiência de vida. Para dar corpo a este papel o enfermeiro deve desenvolver relações interpessoais individuais e devidamente estruturadas através de um processo faseado.

Promoveu-se a expressão e gestão dos afetos permitindo que o cliente e família os verbalizassem, com um efeito visível de descarga da tensão emocional, procurando junto dos mesmos o desenvolvimento de recursos pessoais que lhes permitam lidar com a crise. Outro dos grandes objetivos era o apoio emocional à família/pessoas significativas da pessoa em crise. Phaneuf (2005, p. 461) refere que “o suporte à família é um conjunto de intervenções da enfermeira que visam levar apoio emotivo aos próximos da pessoa doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente.” As intervenções compreenderam o suporte psicológico com diminuição da ansiedade, do medo e stress, a comunicação de informações e adaptação ao problema de saúde e o encaminhamento necessário.

A natureza e intensidade de uma crise são variáveis, sendo que um desequilíbrio demasiado grande pode conduzir à paralisia dos recursos e capacidades de adaptação que tinham sido atualizadas no passado. Esta paralisia produz-se precisamente no momento em

que a pessoa tem mais necessidade dos seus meios. A pessoa encontra-se então perante uma ansiedade e sofrimento, por vezes intolerável e tem uma necessidade urgente de apoio (Chalifour, 2009).

De acordo com Chalifour (2008) a relação que se estabelece num contexto de ajuda profissional reveste-se de um carácter particular. A priori parece apresentar as características de uma comunicação corrente, onde, como em toda a comunicação social, ocorre troca de informações entre duas pessoas. No entanto no contexto de ajuda profissional, o papel das pessoas, a posição que ocupam uma relativamente à outra e o carácter frequentemente intimista de tal experiência, contribuem para que o objeto da troca e as expectativas das pessoas assumam uma outra importância. Dessa forma, quem conduz a entrevista deverá estar atento ao conteúdo da comunicação, ao serviço oferecido, mas também ao modo de o oferecer e à forma como o cliente o recebe e reage perante ele.

Baseado no modelo teórico de Peplau (1992), em traços gerais, ao longo da intervenção procurou-se estabelecer uma relação interpessoal significativa com os clientes de forma a ajudá-los a fazer face aos seus problemas, facilitando o seu movimento progressivo em direção a uma vida construtiva. Tentou-se orientar para a perceção e compreensão dos seus problemas e para a compreensão das suas reações aos sintomas dos problemas, sendo ajudados a melhorar a consciência das situações ligadas ao problema, promovendo o controlo voluntário. Foi proporcionada oportunidade de exploração de soluções, ajudando-os a reexperimentar sucessos anteriores. Procurou-se fomentar a sua libertação gradual através do fortalecimento da capacidade de atuar por si mesmos. Ao longo destas fases da relação, definidas por Peplau, foram desempenhados sobretudo os papéis de estranho, de pessoa recurso, de professor, de líder (democrático) e de conselheiro, descritos pela autora.

3.2. Estágio no hospital de dia de oncologia

No decorrer do estágio no hospital de dia de oncologia tive a possibilidade de desenvolver estratégias tais como:

- Realizar reflexões do percurso desenvolvido e análise de conteúdo assim como sobre as competências necessárias para poder desenvolver intervenções psicoterapêuticas ao doente oncológico mais, especificamente, à mulher com neoplasia da mama (competência F1);
- Aplicar técnicas de intervenção em enfermagem de saúde mental (relaxamento, intervenções psicoterapêuticas de grupo) (competência F4);
- Intervir com a pessoa e família como enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (critérios de avaliação F2.2.2⁵/F2.2.3⁶/F3.1.1⁷);
- Planeamento de intervenções, nomeadamente na mulher com neoplasia da mama (competência F4);
- Aplicar a técnica da entrevista de ajuda à mulher com neoplasia da mama através da consulta de enfermagem (critérios de avaliação F2.2.2/F2.2.3/unidades de competência F3.1⁸);
- Participar na intervenção psicoterapêutica em grupo dirigido a mulheres com neoplasia da mama competência (competência F4);

Segundo o Ministério da Saúde (1999, p 2), a consulta de enfermagem

é uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos clientes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem.

Desta forma, durante as consultas de enfermagem efectuadas à mulher com neoplasia da mama realizei entrevistas de colheita de dados. Estabeleceu-se uma relação empática com clientes permitindo a criação de uma relação de ajuda e de confiança.

⁵ F2.2.2. Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental.

⁶ F2.2.3. Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem -estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.

⁷ F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

⁸ F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.

A doença oncológica é um diagnóstico muito agressivo pois coloca sempre a ideia de morte. Por esse motivo as consultas de enfermagem nesta área específica tornam-se sempre ou quase sempre complicadas de gerir em termos emocionais. Por esse motivo a necessidade de ser realizada por um técnico com competências específicas. Estes primeiros encontros com as clientes e familiares permitiram estabelecer uma aliança terapêutica e adesão ao grupo psicoterapêutico através do laço que a relação de ajuda vai construindo.

A relação terapêutica tem por grande objetivo ajudar o outro na gestão de problemas/dificuldades. No decorrer no estágio desenvolveram-se diversas atividades no sentido de ajudar estas clientes a descobrirem estratégias para gestão de determinados problemas.

Segundo Chalifour (2009, p.179)

o funcionamento de cada indivíduo é guiado por determinados processos, processos esses que estão ligados às sensações, percepções, pensamentos, emoções e necessidades. No decurso da vida a pessoa é confrontada com os seus limites pessoais que podem ser reais ou imaginários e obstáculos provenientes do ambiente. Estes obstáculos podem interferir com a satisfação das necessidades do quotidiano, ou pelo contrário, permitir que a pessoa evolua através da resolução dos mesmos.

De acordo com o mesmo autor, cada pessoa desenvolve um conjunto de estratégias de adaptação para fazer face a situações problemáticas, mas, se no entanto, a pessoa não consegue encontrar nela e no ambiente os recursos necessários para fazer face à realidade que a angustia, viverá um período de maior ou menor desorganização dependendo da natureza do estímulo stressante, da percepção que tem dele, do significado que lhe atribui e de acordo com os efeitos de stress nela. É nestas circunstâncias que a crise pode surgir.

De forma a conceptualizar melhor a prática, de seguida descreverei diferentes tipos de entrevistas realizadas na abordagem individual, à mulher com neoplasia da mama, pessoa em situação de crise. A entrevista de colheita de dados trata-se de uma comunicação profissional pela qual o enfermeiro instaura um processo de observação e de questionamento da pessoa cuidada com o objetivo de compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa, de modo a conseguir planear cuidados de forma apropriada (Phaneuf, 2005). Todas as clientes com diagnóstico de neoplasia da mama têm uma primeira

consulta onde se recolhe a informação. Este primeiro contacto é essencial para o EESM conhecer a pessoa no seu todo e estabelecer uma relação de ajuda.

a entrevista de ajuda em situação de crise trata-se de uma estratégia de comunicação profissional realizada pelo enfermeiro de maneira espontânea ou formal a respeito de um acontecimento penoso que a pessoa não consegue controlar ou de um acontecimento traumático que ultrapassa as capacidades de adaptação da pessoa, e que gera um stress intenso que ela não pode atenuar. A intervenção em situação de crise possui um certo carácter de urgência decorrente do nível elevado de ansiedade que a pessoa experiencia (Phaneuf, 2005, p.312).

No decorrer dos tratamentos nomeadamente de quimioterapia algumas clientes recorrem ao EESM em momentos mais difíceis durante os quais necessitaram de mais apoio especializado. Acontece frequentemente realizar entrevistas de ajuda em situação de crise não programadas.

a entrevista de ajuda para a resolução de problemas trata-se de uma estratégia de comunicação profissional enraizada no respeito e na empatia, pelo qual o enfermeiro estabelece um processo de ajuda estruturado que lhe permite apoiar uma pessoa que vive um problema, e que tem dificuldade em o encarar ou resolver sozinha (Phaneuf, 2005, p. 309).

Ao longo da vida cada pessoa enfrenta situações que requerem soluções, soluções essas que têm como objetivo controlar ou evitar as experiências de stress com que se depara. Por vezes a experiência em curso, quer seja pela sua novidade, importância ou carácter imprevisível, ultrapassa as capacidades de controlo que a pessoa tem ou conhece e a pessoa sente-se de tal modo desarmada que dificilmente tem acesso aos seus próprios recursos e aos da sua rede de apoio (Chalifour, 2009).

O mesmo autor acrescenta que na tomada de decisão do quotidiano ou na resolução das dificuldades, fazemos uso de algumas funções intelectuais, tais como memória, a análise, o julgamento, a criatividade ou a síntese. Frequentemente, esta atividade é realizada de uma forma mental mais ou menos automática. No entanto, quando a situação se revela mais complexa nem sempre estas atividades mentais se revelam eficazes.

De acordo com (Chalifour, 2009, p. 119) a pessoa vive um problema quando:

- Atravessa uma experiência em que reconhece uma distância entre a situação desejada e a situação real;
- Não se sente competente para compensar esta distância recorrendo aos seus meios de controlo habituais;
- Esta distância ocasiona algum sofrimento e mal-estar que se traduzem, numa doença, numa dor física ou moral, numa baixa autoestima, em ansiedade, num difícil funcionamento social (...) e que os seus limites a impedem de interagir de forma harmoniosa com o seu ambiente e desenvolver-se segundo as suas aspirações.

Ainda de acordo com este autor, perante um problema ou situação problemática, é possível utilizar de forma metódica um processo cognitivo que facilite a sua resolução, denominado “processo de resolução de problemas”.

A utilização do processo de resolução de problemas comporta várias vantagens, tais como refere Robert Manthei (1997) citado por Phaneuf (2005, p. 466):

- A tónica é posta mais nas forças da pessoa do que nas fraquezas;
- A pessoa sente que tem um maior controlo sobre a sua vida. Esta maneira de proceder restitui-lhe o poder;
- Este processo apela a mecanismos lógicos e afetivos que já estão presentes na pessoa;
- Esta abordagem é voltada para o futuro e otimismo;
- A pessoa é considerada como sendo capaz, embora com um pouco de ajuda, de encontrar ela mesma soluções para as suas dificuldades;
- Este modelo de intervenção pode ser ensinado à pessoa enquanto mecanismo positivo de adaptação.

Segundo Poupart (1979) citado por Chalifour (2009, p. 119) “o processo de resolução de problemas é composto pelas quatro etapas seguintes: a definição do problema, o inventário das soluções, a escolha da solução ou de um compromisso de soluções e a implementação da solução (planificação da implantação)”. O autor acrescenta ainda uma etapa final: a avaliação.

A entrevista de informação e de ensino

trata-se de uma estratégia de comunicação profissional através da qual o enfermeiro estabelece um processo que fornece à pessoa cuidada e/ou aos membros da sua família, informações respeitantes à prevenção da doença, à promoção da saúde e à explicação dos problemas e do tratamento, a fim de ajudá-los a compreender e, em certos casos, a aceitar a situação (Phaneuf, 2005, p. 274).

Realizei ao longo do estágio entrevistas de resolução de problemas e de ensino não só a clientes seguidas em ambulatorio mas também a uma cliente internada necessitando de orientação no pós-operatório de uma mastectomia da mama direita. O papel do EESM é capacitar o cliente a ser capaz de refletir sobre a problemática, gerir as emoções a fim de ultrapassar esta fase. Tal como referiu a cliente a quem foi realizado o ensino “a doença também faz parte da vida” (sic) por esse motivo também se pode superar.

O profissional de enfermagem ocupa um lugar importante, pois é ele quem recebe esse cliente, avalia-o, realiza procedimentos. Por ser o profissional acessível para esclarecer dúvidas, muitas vezes é reconhecido como o principal elo entre os membros da equipe de saúde. Nessa perspectiva, torna-se imprescindível uma reflexão sobre a prática de enfermagem no sentido da exigência em conhecimento amplo, tecnológico e humano, sobre os cuidados necessários a esse grupo específica e sobre os desafios para sua aplicação. Sem dúvida que o facto de aumentar o número de EESM permitiria dar apoio às clientes seguidas em hospital de dia mas também no pós-operatório em serviço de internamento, poderiam realizar-se sessões de grupo com mais frequência e pensar-se em consultas de enfermagem individuais em situações de crise.

No decorrer do estágio também integrei como coterapeuta, uma intervenção psicoterapêutica de grupo (Apêndice IV). O programa é constituído por cinco sessões, com duração de duas horas, uma vez por semana. O grupo era constituído por clientes com diagnóstico de neoplasia da mama, em tratamento de quimioterapia com intuito curativo. A seleção das participantes decorreu na consulta de enfermagem de admissão, tendo sido integradas no grupo clientes com diagnóstico de ansiedade aumentada, autoestima diminuída, autoimagem alterada e bem-estar comprometido. Estes grupos propiciam aos participantes espaços que favorecem a manifestação de sentimentos, a compreensão e aceitação do processo de doença. Pois além do suporte emocional dos profissionais envolvidos, têm a possibilidade de serem compreendidos por pessoas que estão numa situação semelhante

(Oliveira, 2008). A cada sessão foi estimulada a expressão das emoções permitindo diminuição dos níveis de ansiedade das participantes. No final de cada sessão foi realizada a técnica de relaxamento a fim de permitir um espaço de bem-estar mas também de treino para as participantes poderem aprender, aperfeiçoar e desenvolver competências para reproduzir de maneira autónoma em momentos de ansiedade.

A Terapia Expressiva tem um valor técnico que visa, através da aplicação de instrumentos plásticos, da expressão ou da comunicação de representações, possibilitar um espaço para a libertação de energias psíquicas que favoreça a expressão daquilo que antes não tinha nem nome ou identidade e nem lugar ou espaço para se manifestar. A terapia expressiva é um processo do qual as imagens são o guia, e em que as técnicas são facilitadoras do emergir dos símbolos pessoais (Ferraz, 1998). No decorrer das sessões foram utilizados vários mediadores para facilitar a expressão das emoções tal como o desenho, a pintura, a colagem de imagens, permitindo a cada cliente exprimir sentimentos e poder refletir sobre eles. Tal como referiu uma cliente “eu nunca pensei que poderia vir a discutir determinados temas frente a um grupo (...) este desenho vai para além disto, agora percebo o significado” (sic).

A utilização de vários mediadores no decorrer das sessões em associado a uma escuta activa permitira compreender o cliente, entender as transformações que o seu corpo terá de enfrentar, acolher o seu psiquismo no conflito de inúmeras perguntas às vezes sem respostas e estabelecer um olhar direccionado na totalidade da sua dimensão humana, com os aspetos do cuidar da mente, do corpo e do espírito, é além de um pensar existencialmente humanista, uma postura ética centrada no doente e nos seus familiares (Pittigliani, 2009).

Antes e após uma intervenção a avaliação em cuidados de enfermagem de saúde mental constituiu-se como fase essencial do processo de enfermagem. De acordo com Baker (2004, p.7) “a avaliação é o processo de tomada de decisão, baseado no conjunto de informação relevante, usando um jogo formal de critérios éticos, que contribui para uma avaliação global da pessoa e as suas circunstâncias.” Uma avaliação rigorosa constituiu uma base importante para a formulação dos diagnósticos e objectivos e para a planificação de intervenções eficazes. A observação, as entrevistas, o exame do estado mental, a avaliação psicossocial, o exame físico e o uso de escalas de avaliação comportamental constituem ferramentas importantes para a realização de uma avaliação rigorosa (Stuart & Laraia, 2001). No decorrer do estágio foram utilizadas três escalas de avaliação: a escala de avaliação de

ansiedade de Hamilton utilizada no final das sessões de relaxamento individuais as quais foram efectuadas antes do ciclo de quimioterapia; a escala de ajustamento mental à doença e a escala FACT-G (Funcional Assessment Cancer Therapy – General) que avalia a qualidade de vida dos clientes e aborda as principais preocupações dos clientes que sofrem de doença oncológica, aplicadas na primeira e última sessão de grupo (Anexo I). Foram desenvolvidas competências na aplicação destes instrumentos de avaliação no entanto não foram tratados os dados visto o objetivo principal se focar na identificação das competências específicas e necessárias ao EESM no âmbito das intervenções psicoterapêuticas de grupo.

Após realizar uma avaliação das necessidades de cuidados das clientes planearam-se duas sessões de grupo incluindo quebra-gelo, dinâmica, relaxamento e avaliação (Apêndice V), que serão introduzidas num próximo grupo psicoterapêutico. Este exercício realizado com a supervisão da enfermeira orientadora de estágio permitiu criar um espaço de reflexão e de troca de experiências e de ideias acabando por ser um momento muito formador e estruturante. Optou-se por trabalhar a autoimagem e a baixa autoestima numa das sessões com o intuito de melhorar o autoconhecimento, modulado pelas próprias perceções e pelas do grupo. A dinâmica escolhida é baseada em Manes (2009), “E tu, que animal és?”. A sessão é iniciada com uma dinâmica de “quebra-gelo” que encoraja as clientes a serem criativas, com o propósito de as relaxar e de as preparar para começarem a trabalhar juntos. A avaliação desta sessão é efetuada em vários períodos e fases da dinâmica. Ao longo da atividade são observados os comportamentos de cada elemento do grupo, sendo validada a existência de dificuldades na expressão de aspetos pessoais, sentimentos e emoções. Os membros do grupo podem igualmente ser incentivados a se pronunciarem sobre a importância da sessão para cada um. O registo da avaliação é efetuado numa grelha de observações, baseada na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Johnson, Maas & Moorhead, 2004), que contém indicadores devidamente selecionados para esta intervenção, com uma escala do tipo Likert (Apêndice VI).

Na segunda sessão optou-se por utilizar a modelagem da argila como mediador. Segundo Bradley, Whiting, Hendricks, Parr e Jones (2008) a criatividade oferece múltiplas maneiras de dar voz à experiência humana interna e age como catalisadora, possibilitando uma aprendizagem sobre o *self* e o mundo circundante. Os mesmos autores referem que, estas técnicas ajudam a pessoa a reformular pensamentos, mudar perspetivas, exteriorizar as emoções e proporcionam uma compreensão mais profunda da sua experiência ou problema. A

argila é um material maleável que proporciona uma construção e por outro lado permite reiniciar novamente e reconstruir tudo de novo, podendo ser transformada, tornando a sua utilização pertinente em contexto terapêutico. Para Allessandrini (2006) estar em contacto com o barro pode ser uma experiência muito positiva, uma vez que esta é transformadora ajudando a pessoa a evoluir de um estado de desequilíbrio para um estado de maior harmonia. Para Coutinho (2007) a troca entre a pessoa e a argila, possibilita uma transferência de calor das mãos para o manuseamento. O mesmo autor refere que a modelagem da argila é uma atividade de relaxamento que promove uma sensibilização do toque, o fortalecimento da musculatura e uma sensação de harmonia.

5. RESULTADOS

Tal como foi referido, anteriormente, no decorrer dos dois estágios desenvolveram-se intervenções de âmbito psicoterapêutico dirigidas a grupos. No estágio hospitalar foram realizadas reflexões após cada sessão com supervisão do orientador. Também foram abordadas as dificuldades e competências desenvolvidas ou por desenvolver para poder dinamizar grupos. O desenvolvimento da **competência F1** assim como da **competência F4** foram de facto identificados como essenciais para o EESM conseguir mobilizar-se como objecto terapêutico.

O feedback positivo das clientes assim como a adesão ao grupo e o facto de haver vários pedidos para dar início a outro grupo permitiu identificar esta intervenção específica como benéfica para os clientes. Também se verificou diminuição do nível de ansiedade manifestado por uma diminuição do recurso a medicação SOS e diminuição dos episódios de insónia. Pode-se também destacar uma melhoria dos comportamentos relacionais das três clientes verificando-se um aumento da autoestima (maior investimento com a imagem, cuidados com alimentação, projetos no pós-alta, maior participação nos grupos informais, assim, como nas reuniões comunitárias). Destaca-se que no final cada um dos elementos decidiu investir em si próprio. Uma das clientes tomou iniciativa de se inscrever numa ação de formação sobre adesão terapêutica e outra solicitou uma consulta de nutrição. Durante a intervenção foram alcançados os objetivos formulados, tendo testemunhado grandes evoluções tanto no comportamento como na capacidade reflexiva de cada uma dos clientes. Ter um espaço onde se pode colocar em palavras sentimentos e partilhar vivências parece algo muito simples mas no entanto difícil de concretizar pois coloca-nos em questão enquanto profissionais e pessoas. Somos antes de tudo seres humanos com as nossas vivências e temos de nos conhecer muito bem para nos mobilizarmos enquanto instrumento terapêutico.

A maioria das participantes conseguiu realizar a sua catarse emocional, através da expressão dos seus sentimentos e preocupações face à sua doença, aos seus problemas e, inclusive, ao internamento no serviço. Destacaram-se antecedentes comuns de violência doméstica na infância assim como no próprio casamento. Conseguiram verbalizar esses momentos como algo carregado de memórias ainda muito presentes e o medo de continuar a reproduzir o mesmo tipo de padrão ao nível dos relacionamentos. Também identificaram semelhanças nas histórias de vida o que facilitou a troca de experiências. Posso destacar como

temas principais os maus tratos na infância assim como maus tratos em relacionamentos amorosos. Tentou-se desconstruir a problemática em questão, identificando estratégias diferentes e um olhar crítico e construtivo sobre as opções e dificuldades.

No decorrer das sessões o ambiente securizante criado permitiu aos clientes desenvolver estratégias promovendo o bem-estar psíquico, impulsionando a diminuição dos seus níveis de ansiedade e permitindo que os próprios encontrassem novos meios para enfrentar as suas dificuldades. A terapia foi um meio facilitador do processo de integração no serviço para o cliente, assim como facilitadora no estabelecimento de uma relação de confiança.

A primeira dificuldade transversal ao longo dos dois estágios prendeu-se com a in experiência em dinamizar intervenções psicoterapêuticas em grupo. Apesar da aquisição de conhecimentos sobre psiquiatria e saúde mental ocorrida ao longo do primeiro semestre, a verdade é que estes conhecimentos não são suficientes para nos deixar familiarizados e à vontade numa área na qual não temos experiência. É na prática que somos confrontados com a realidade, e esta nem sempre ocorre como a descrevem teoricamente, o que pode causar alguma ansiedade e insegurança... Afinal o desconhecido é imprevisível e pode fugir ao nosso controlo.

Para a implementação desta intervenção partiu-se da colheita de dados onde se identificou os problemas e se estabeleceram prioridades, delimitando os problemas a serem resolvidos no momento e os que podiam ser deferidos para posteriormente serem trabalhados (F3.1.1⁹). Desenvolveram-se e apuraram-se técnicas de comunicação verbal e não-verbal, durante a prestação de cuidados, recorrendo ao toque, o olhar, a escuta, o silêncio, o convite a prosseguir, bem como a técnicas de comunicação verbal como os reflexos, a síntese, as questões, os feedbacks. De acordo com Chalifour

além de estar consciente das suas habilidades e das suas hesitações em utilizar os seus sentidos ao longo da relação, o interveniente precisa de reconhecer as tendências e habilidades do cliente para privilegiar certos modos de contacto (...) O reconhecimento do modo de contacto particular de cliente, permite ao interveniente entrar em contacto com ele e penetrar no seu mundo interior. Usando um vocabulário que apela aos sentidos que o cliente privilegia, o interveniente terá maiores possibilidades de ser percebido por ele (Chalifour, 2008, p. 132 - 133).

⁹ F3.1.1. Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.

A consulta de enfermagem foi um momento chave onde foram desenvolvidas competências interpessoais tais como, a habilidade de comunicar ideias de forma clara e precisa em situações individuais e de grupo; habilidade de ouvir e compreender o que os outros dizem; habilidade de aceitar críticas sem fortes reações emocionais defensivas; habilidade de dar *feedback* aos outros de modo útil e construtivo; capacidade de organizar e de apresentar as suas ideias de forma efetiva.

A interação com o cliente e familiares, com o consequente feedback do efeito terapêutico dos cuidados prestados perceptível nos seus comportamentos, permitiu tomar consciência dos fatores pessoais influentes na relação, quer positiva como negativamente, e identificar comportamentos pessoais que pudessem revelar um fenómeno de transferência ou contratransferência, resistências ou impasses na relação terapêutica desenvolvendo assim estratégias e competências do EESM.

A reflexão e partilha com a orientadora das entrevistas realizadas permitiram para além do autoconhecimento refletir sobre o papel do EESM na prestação de cuidados à mulher com neoplasia da mama. Neste sentido o autoconhecimento e a consciência da influência pessoal na relação com o outro foram instrumentos valiosos para a realização e gestão das intervenções planeadas (competência F1).

Como referido no capítulo anterior foram múltiplas as entrevistas realizadas, permitindo assim através das mesmas, a recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde mental dos clientes, assim como, o desenvolvimento do processo de avaliação exigiu a mobilização de aptidões de comunicação, de observação do comportamento e da avaliação abrangente do cliente (competência F2). Com a supervisão do orientador foram identificados problemas e necessidades específicas de cada uma das clientes através da análise de dados a fim de promover e proteger a saúde mental e minimizar o desenvolvimento de complicações (competência F3).

Em contexto comunitário foram desenvolvidas competências na realização de técnicas psicoterapêuticas (competência F4) nomeadamente, técnica de relaxamento aplicada individualmente e em grupo, dirigida a clientes com diagnóstico de ansiedade aumentada. Verificou-se nestas clientes estados de tensão que afetam a saúde física e mental. Silva e Spielberger (2007) caracterizaram a ansiedade como um estado emocional negativo

enraizado na possibilidade da perda de si próprio e despoletada por qualquer modificação no ambiente ou no próprio indivíduo que é sentida como uma ameaça.

Na realização das sessões de relaxamento individuais e em grupo observei a capacidade das clientes em conseguirem concentrar-se nas instruções e realizar por exemplo o ciclo contração/descontração sem dificuldade no caso da técnica de Jacobson, ou no caso da imaginação guiada conseguirem imaginar cada uma das imagens sugeridas. As clientes referiram sensação de “alívio e de paz” no decorrer da intervenção. Assim, o relaxamento atingiu os objetivos no sentido de conseguir desenvolver competências na gestão das emoções ligadas à ansiedade.

O grupo refere que estes momentos criaram um espaço de reflexão mas essencialmente de paz. Tal como refere Smith (1990), a arte do relaxamento é ajudar o paciente a descobrir uma fonte de calma e serenidade no meio das atividades da vida.

A participação ativa de cada elemento do grupo assim como o *feedback* positivo das clientes a cada sessão, diminuição da ansiedade, melhoria da autoimagem e melhoria na adaptação à doença permitiu identificar esta intervenção de grupo dirigida à mulher com neoplasia da mama como claramente útil no projeto terapêutico.

Este mesmo grupo identificou no decorrer da sessão nº5 assim como em discussões informais como essencial para o ESSM, a aquisição de competências a nível da comunicação, do autoconhecimento, da empatia e da escuta ativa.

Pode-se afirmar que todas as competências do ESSM foram desenvolvidas ao longo dos estágios. No entanto destacam-se como essenciais a competência F1 e a competência F4 tendo sido transversais ao longo deste percurso e indispensáveis para poder realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico dirigidas à mulher com neoplasia da mama.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O processo de busca que permeia a prática da enfermagem em saúde mental implica capacidade de observação e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda. Por detrás temos como requisito básico para essa prática a capacidade de ir ao encontro do outro, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Tal como foi referido pelo grupo e vivenciado ao longo destas duas experiências clínicas, as intervenções de enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica e o enfermeiro deve usar a autoconsciencialização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o cliente, pelo que o autoconhecimento através da tomada de consciência de si mesmo, a empatia, a comunicação e a escuta activa tornam-se aptidões essenciais ao desenvolvimento do EESM. Por esse motivo, o enfermeiro não deve resolver os problemas do cliente, mas sim trabalhar com ele, no sentido de encontrar a solução mais adequada para a sua condição, usando os seus conhecimentos e habilidades profissionais. O desenvolvimento de competências pessoais vem dar ênfase à primeira competência do EESM.

Tal como refere Canário (2000), nas profissões de relação, o trabalho exerce-se numa situação de face a face. Aquilo que o profissional faz não é determinado, principalmente, por aquilo que sabe mas sim por aquilo que é. Isto significa que ele precisa de investir toda a sua personalidade e tem de fazer apelo a todos os seus recursos cognitivos e afetivos, para poder ter um bom desempenho. Isso obriga-o a uma permanente articulação da teoria com a prática através de uma atitude reflexiva constante da sua intervenção. Neste sentido a reflexão diária assim como a tomada de consciência de si mesmo no decorrer de todo o estágio permitiu-me desenvolver a primeira competência do EESM.

Depois de realizar intervenções de âmbito psicoterapêutico, em grupos com clientes em sofrimento, no decorrer destes dois estágios pude concluir que o autoconhecimento é a base de qualquer intervenção. A importância fundamental da identificação e da empatia vai para além de uma preferência conceptual. O principal “instrumento” de que dispomos nos nossos esforços para compreender quem nos vem pedir ajuda é a empatia e o principal “sistema de entrega” dessa empatia é a nossa pessoa. Temos de ter a capacidade de transmitir o nosso entendimento de forma útil e isso reside nas nossas capacidades emocionais. O autoconhecimento permitirá ao enfermeiro especialista compreender a pessoa ou o grupo – cliente de cuidados. Devemos conseguir não ser influenciados pela nossa própria história a

fim de poder ajudar o outro. A melhor oportunidade de que dispomos para aumentar a nossa capacidade de entendimento e, conseqüentemente, o alcance terapêutico, é conhecer-nos e aceitar-nos tão profundamente quanto possível (competência F1).

A autenticidade também é um fator importante da relação terapêutica indispensável para desenvolver este tipo de intervenção. Ser genuíno na relação com o outro, é muito mais terapêutico do que fazer um esforço a passar a imagem de que se está a entender tudo. Aprender a confiar no instinto faz parte da maturação terapêutica. Promover uma honestidade emocional é fundamental. Quanto mais emocionalmente autênticos formos na relação com o outro mais fácil será estabelecer uma relação de confiança.

Segundo Phaneuf (2005, p. 365) “ a pessoa que ajuda não é jamais obrigada a revelar tudo o que pensa ou sente mas, o que escolhe exprimir, deve senti-lo. A congruência está intimamente ligada à autenticidade.” Nesta abordagem o terapeuta não deve transmitir a ideia de posse do outro, mas sim ter a capacidade de sentir e comunicar sentimentos autênticos e positivos, dizer ao outro por exemplo: “*estou aqui*” ou “*compreendo*”.

Rogers refere-se á relação como uma *arte* para quem a pratica e a desenvolve – expressão da riqueza humana sendo a autenticidade um elemento central introduzindo definitivamente a componente afectiva na relação. Valoriza o empenhamento em “viver” a relação – relação interpessoal (profunda implicação pessoal, congruência consigo mesmo, autenticidade existencial, empatia exacerbada, valorização dos afectos) (Bozart, 2001).

A autenticidade do terapeuta fará com que o cliente se implique no processo. Sendo essa autenticidade não apenas coerência, mas um estar com o cliente, estar ao lado dele na construção, desconstrução e reconstrução das suas escolhas, apresentando possibilidades na sua caminhada.

Rogers (1942) citado por (Bozarth 2001, p.44) refere que “ a terapia não é uma questão de fazer qualquer coisa a um indivíduo nem de o induzir a fazer qualquer coisa em relação a si próprio. É, sim uma questão de o libertar para o processo de crescimento e de desenvolvimento.” Para isso, para além da autenticidade, congruência e empatia é importante a aceitação incondicional do outro – “Olhar positivo incondicional”. Esta permite estar atento ao outro: percepção subjectiva que o outro tem do seu mundo interno, é a capacidade do

terapeuta se abstrair do seu mundo interior e *ver* o do outro – empatia. Ao termo empatia Rogers acrescentou – afectiva – usar os próprios sentimentos para entender os do outro. Assim o outro sentir-se-á mais compreendido. Rogers desenvolveu e evoluiu a sua teoria por meio da reflexão sobre os acontecimentos, vivências e perspectivas. A partir da reflexão e das críticas a ele tecidas aprimorou ainda mais a sua teoria.

Somente analisando e reflectindo sobre a nossa experiência de cuidados, conseguimos efectuar uma prestação de cuidados eficaz, treinando atitudes facilitadoras, promotoras da relação, do crescimento e desenvolvimento do cliente.

Através da experiência e da prática pude “perceber” o poder do processo inconsciente. Permite entender e apreciar o quanto é difícil e demorado fazer mudanças internas significativas. Por esse motivo devemos demonstrar compreensão e empatia, transmitindo disponibilidade e aceitação, respeitando o tempo do cliente.

É fundamental falar sobre o “desenvolvimento pessoal” ou o autoconhecimento, pois, sem esse, a autenticidade não seria construída. O autoconhecimento é de suma importância para que o terapeuta compreenda o seu modo de agir durante o atendimento clínico. Segundo Romero (1999, p.44), “o terapeuta precisa ter formação e um desenvolvimento da sua personalidade que supõe a internalização e o exercício de determinados saberes, que são os chamados saberes-attitudes do terapeuta”.

Portanto, para obter o autoconhecimento, o terapeuta terá que realizar um processo de desenvolvimento pessoal. A terapia, a autoanálise, auxilia muito neste processo. Entender o que faz parte do processo do cliente e o que não faz parte, não é uma tarefa fácil, mas torna-se possível, quando o terapeuta realiza uma escolha de estar com o cliente, de caminhar junto com ele e de se desenvolver para ter um resultado eficaz do seu trabalho psicológico.

Ainda de acordo com Romero,

o autoconhecimento é a chave mestra do desenvolvimento e do bem estar social; mas não qualquer grau de autoconhecimento, pois no sujeito menos esclarecido existe uma certa compreensão de sua realidade íntima. Desde o momento em que nos tornamos conscientes de nossa existência como indivíduos, ao redor do final da infância, e suposta uma capacidade intelectual normal, todos têm um saber básico do que lhes acontece. Este conhecimento elementar vai-se tornando progressivamente mais rico e complexo no decorrer dos anos juvenis até alcançar um patamar satisfatório segundo seja o projecto de

vida da pessoa, segundo as exigências que lhe impõe sua realidade social, seu ofício, seu status, sua instrução formal. Precisa então de uma proposta de desenvolvimento para conseguir um patamar mais alto. É uma proposta deliberada, consciente e responsável, que exige da pessoa um esforço persistente e disciplinado (Romero, 1999, p. 44).

É essencial que o enfermeiro invista no autoconhecimento, pois somente assim, ele conseguirá atender, sem julgamentos e com compreensão das experiências de cada cliente. O autoconhecimento possibilitará ao terapeuta a sensibilidade para com os problemas humanos subjetivos, ao invés de buscar a compreensão de condutas incomuns dos seus clientes.

Ser EESM permite adquirir uma posição privilegiada, pois para além do compromisso de cuidar, de poder conhecer e respeitar os que estão ao nosso cuidado e responder aos seus pedidos, podemos crescer enquanto profissionais (procurando fazer sempre mais e melhor com vista a que o outro obtenha ganhos em saúde), mas também enquanto pessoa, percorrendo um longo caminho no conhecimento de nós próprios, permitindo estabelecer relações com os outros de uma forma mais segura e serena. Deste modo, os ganhos em saúde só serão alcançados através de intervenções de enfermagem adequadas a cada situação e contínuas, posteriormente avaliadas e reformuladas, caso se justifique. Ser EESM é isso mesmo, o centro de ação é o outro enquanto pessoa e o principal instrumento de trabalho é a relação que conseguimos estabelecer.

É ao refletir sobre a prática que exploramos e adquirimos competências, pois só assim tomamos consciência das nossas ações, e só assim conseguimos articular a teoria com a prática de enfermagem. Neste caso concreto, a capacidade de refletir e de avaliar o desempenho e a postura pessoal é a forma de conseguir aprender com os erros, mas também com os sucessos. Ou seja, é refletindo e avaliando o significado e o valor das intervenções desenvolvidas que crescemos enquanto enfermeiros e pessoas.

O papel do enfermeiro centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, na ajuda ao cliente a enfrentar situações geradoras de *stress* e pressões, e na capacidade de assistir o cliente, família e comunidade, ajudando-os a encontrarem estratégias para irem ao encontro de um novo equilíbrio. Para tal, deve usar a percepção e a observação, formular diagnósticos, delinear campo de ação com tomada de decisões, planear a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Ao longo dos estágios pude realizar diversas entrevistas onde foram recolhidas informações pertinentes à compreensão do estado de saúde mental dos

clientes e repercussões nas dinâmicas familiares O desenvolvimento de competências ao nível das aptidões de comunicação, da técnica da entrevista e observação do comportamento do cliente/grupos/família permitiu-me adquirir a segunda competência do EESM. Em simultâneo, consegui através da identificação de problemas e necessidades específicas da pessoa, família, grupo assim como dos diagnósticos de saúde mental adquirir a competência F3.

No estágio pude aprofundar várias técnicas de comunicação e estratégias relacionais (acolhimento, o suporte, a exploração, a clarificação, o imediatismo ou atenção no momento presente e a confrontação). Segundo Riley (2004) a comunicação no cuidar é holística, considera a pessoa como um todo, evidencia respeito pelo cliente como pessoa e não como um corpo que é alvo de intervenções de enfermagem. No contexto das relações enfermeiro/cliente as competências e as perícias de comunicação são fatores determinantes no processo de comunicação/interação e por isso torna-se importante que os enfermeiros aprendam, desenvolvam e sobretudo implementem nas suas práticas perícias de comunicação nas interações comunicativas mais complexas. Desta forma, pensar nas práticas de enfermagem, numa lógica de pensamento crítico, ético e holístico, envolve o reconhecimento da importância da comunicação no campo das relações interpessoais (Saraiva, 2003).

Numa descrição sucinta dos comportamentos relevantes aos terapeutas, Rangé, Guilhardi, Kerbaux, Falcone e Ingberman (1995) explicitam algumas habilidades que os terapeutas devem apresentar:

- Saber fazer perguntas que facilitarão a descoberta;
- Ter habilidade para instruir, desafiar e reforçar os esforços do cliente de uma forma não superior, mas de reciprocidade;
- Ter habilidade para ouvir e observar de uma forma objetiva, porém empática;
- Fazer uso criterioso do humor; dar feedback apropriado, resumizando o significado explícito e implícito do que foi falado pelo cliente;
- Ser diretivo, inquisidor, e didático;
- Fornecer uma base segura para exploração;
- Estar sintonizado com suas respostas, durante a sessão, assim como com as do cliente;

- Escutar além das respostas para questões específicas e estar aberto para descobrir o inesperado;
- Ajudar o cliente a integrar aspectos contraditórios e tolerar ambiguidades;
- Não se esquecer de relativizar as experiências;
- Não permanecer seguro de que verdadeiramente sabe o que está errado ou o que seria melhor para determinado cliente;
- Considerar a presença emocional um fator facilitador poderoso e, portanto, dispensar-se autocuidados.

Ao longo de ambos os estágios confrontei-me com algumas dificuldades nomeadamente aprender a controlar as minhas emoções perante determinadas situações. Através da reflexão e partilha com o orientador consegui desenvolver novas competências, nomeadamente, ser capaz de gerir um grupo com múltiplos participantes, assim como tudo o que isso implica.

Fiorini (1985) também descreve algumas intervenções verbais que o terapeuta deve saber realizar, além de cumprimentar, anunciar interrupções ou variações ocasionais de horários, por serem ferramentas importantes para o processo psicoterapêutico. São elas:

- Interrogar o cliente no sentido de pedir-lhe dados precisos, ampliações, explorando em detalhes as suas respostas;
- Proporcionar informação (papel cultural do terapeuta, contextualizando a problemática do paciente);
- Confirmar ou retificar os conceitos do cliente sobre a sua situação;
- Clarificar e reformular o relato do cliente, de modo que certos conteúdos e relações do mesmo adquiram relevância;
- Recapitular e resumir pontos essenciais surgidos no processo exploratório de cada sessão e no conjunto do tratamento;
- Assinalar relações entre dados, sequências, capacidades manifestas e latentes do cliente;
- Interpretar o significado dos comportamentos, motivações e finalidades latentes;
- Sugerir atitudes determinadas ou mudanças a título de experiência.

As intervenções de âmbito psicoterapêuticas em grupo desenvolvidas permitiram desenvolver capacidades nomeadamente no âmbito das intervenções verbais. Estas intervenções são essências para atuarem como agente de mudança e facilitar na construção de significados (ex: interrogar, informar, esclarecer e recapitular).

Ao cuidarmos do outro estamos a realizar uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre humanos por meio do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala. Essa ação envolve sensibilidade, liberdade, intuição e comunicação. Assim sendo, no decorrer dos meus dois estágios tive a oportunidade de desenvolver todos estes pontos essenciais para conseguir estar em relação com o outro no âmbito das intervenções de grupo e individuais. A comunicação é de facto um instrumento de grande importância na área da saúde, sobretudo no campo da saúde mental, em que o espaço para as intervenções de ordem técnica é exíguo, tornando o processo de comunicação o instrumento de intervenção por excelência.

Por outro lado a realização de entrevistas permitiram-me identificar esse espaço de interação onde não se pode ser totalmente previsível, como um momento que requer alguma espontaneidade e liberdade e, embora tenha um propósito específico, não é um interrogatório. Logo, pode-se dizer que a entrevista é uma habilidade que pode ser desenvolvida com a prática e é uma técnica a ser examinada e aperfeiçoada.

No final deste percurso posso concluir que o EESM precisa de desenvolver as quatro competências ao longo do estágio. No entanto, tal como foram identificadas pelo grupo de clientes as competências comunicacionais, o autoconhecimento, a capacidade de escuta assim como a empatia aparecem como essenciais para poder desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico à mulher com neoplasia da mama.

De acordo com Silva e Tavares (2003) as competências necessárias em saúde mental nomeadamente na psicoterapia de grupo à mulher com neoplasia da mama são: 1) comunicativas – capacidade de expressão e comunicação, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal; 2) pessoais – capacidade de assumir a responsabilidade, de tomar a iniciativa, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver autoestima; 3) de cuidado – capacidade de interagir com o cliente tendo em consideração as suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir a sua própria saúde, a partir da conceção de saúde como qualidade de vida; e 4)

sociopolíticas – capacidade de refletir, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação.

Embarcar neste processo de auto-descoberta permitiu-me adquirir maior consciência de mim mesmo e das minhas potencialidades e limitações. De facto, promoveu maior aceitação e confiança e consequentemente aumento de autonomia, maior empenho e responsabilidade nas decisões.

Assim, estabelecer uma relação, implica que o terapeuta crie as condições relacionais que permitam, ao cliente, encontrar a melhor solução para ultrapassar as suas dificuldades ou problemas. O objetivo da terapia não é fornecer soluções ou estratégias previamente definidas para a resolução de problemas, mas agir de modo a que o outro (cliente) compreenda melhor a sua situação e se compreenda melhor a si mesmo) ou seja, “uma Relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Rogers 1977, p.43).

A qualidade dos cuidados é indiscutivelmente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem é cuidado e de quem cuida, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar e ser cuidado, para além dos atos que são executados e do profundo conhecimento de si próprio. Será influenciada pela riqueza do olhar, do toque e da motivação para a qualidade. Porque os cuidados de enfermagem são compostos de múltiplas acções que são sobretudo, apesar da tecnicidade, uma imensidão de *pequenas coisas* que dão a possibilidade de manifestar uma *grande atenção* ao doente (Hesbeen, 2000).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre este percurso nomeadamente sobre esta problemática da identificação de competências específicas do EESM na realização autónoma de intervenções psicoterapêuticas dirigidas a mulher com neoplasia da mama foi sem dúvida um caminho onde a reflexão e a supervisão foram promotoras de grandes mudanças internas. É importante sermos capazes de mobilizar competências profissionais e pessoais que nos permitam ter disponibilidade afetiva, compreensão e respeito integral pela pessoa.

Este foi um período de “transformação”, quer a nível profissional como pessoal, onde de acordo com Abreu como resultado “da hereditariedade, da história de vida e das exigências do contexto, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que enfatizam o desenvolvimento de determinadas competências, em detrimento de outras.” (Abreu, 2001, p. 121). O EESM deve ter a capacidade de desenvolver uma visão holística no seu cuidar, sabendo que é essencial desenvolver competências na área da relação interpessoal, da comunicação e da relação de ajuda. Sob este paradigma do cuidar, o EESM, torna-se uma referência e uma mais-valia, para a pessoa.

mais do que o seu saber e saber-fazer (conhecimentos técnicos e científicos), o enfermeiro deve também desenvolver o seu saber ser e saber-estar, tanto com ele mesmo como na relação com a pessoa, pois estes factos, constituem na sua essência, os alicerces da relação terapêutica, indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental e Psiquiatria (Sequeira, 2006, p. 15).

No decorrer deste caminho de novas aquisições desenvolveu-se a competência F1 do EESM através de um questionamento diário da prática, analisando e refletindo com o orientador sobre todas as intervenções desenvolvidas em estágio.

A técnica da entrevista, o desenvolvimento de competências comunicacionais, da empatia e da escuta ativa, assim como, todas as intervenções planeadas em grupo ou individuais com clientes que sofrem de doença mental e/ou com familiares permitiram a aquisição da competência F2, competência F3 e competência F4 do EESM.

Adquiri, em simultâneo, competências no âmbito das intervenções psicoterapêuticas em grupo através não só das duas intervenções desenvolvidas em estágio mas também através das reuniões comunitárias orientadas com supervisão (competência F4).

As principais dificuldades e limitações identificadas durante este percurso de crescimento foram ao nível da articulação do que considero serem as três dimensões envolvidas: pessoal, académica e profissional, agravada pelo facto de não ter sido possível adquirir o estatuto de trabalhador-estudante, que conduziu a momentos de maior *stress*. O facto de ter de utilizar a totalidade das férias para realizar o estágio foi um elemento stressor.

No primeiro estágio o orientador tinha formação em grupanálise, tendo reflectido com este sobre o conteúdo de cada uma das sessões de grupo, assim como, sobre o próprio papel como co-terapeuta da intervenção. Desenvolveram-se capacidades relacionais, assim como, conhecimentos importantes para poder aplicar no segundo estágio (competência F4). Neste, foram identificadas e desenvolvidas as competências específicas do EESM na realização autónoma de intervenções de âmbito psicoterapêutico a mulheres com neoplasia da mama.

Como sugestão talvez fosse interessante um estudo sobre opinião dos formandos sobre os fatores facilitadores de aquisição de novas competências na área da saúde mental. Conforme refere a Ordem dos Enfermeiros (2010a) o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, a todos os níveis de prevenção.

No futuro próximo passaremos a ter um estágio tutelado no âmbito de um plano de desenvolvimento profissional para poder desenvolver/aprofundar todas as competências necessárias ao especialista. Julgo que será sem dúvida uma mais-valia pois tenho a nítida noção de ter iniciado um percurso na aquisição de competências do EESM. O facto de trabalhar neste momento num serviço de pedopsiquiatria onde tenho a oportunidade de aplicar diariamente todos os conhecimentos adquiridos, nomeadamente, nas intervenções psicoterapêuticas de grupo com apoio de uma equipa de enfermagem especializada permite-me consolidar as competências do EESM já adquiridas.

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010b) a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, logo uma

prática clínica distinta das outras especialidades. No decorrer dos estágios desenvolveram-se vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico estabelecendo relações de confiança com os clientes. Considero importante o EESM manter a sua prática clínica na área da saúde mental pois só assim conseguirá manter um alto nível de competência. Pelo que, o facto de exercer funções numa unidade de internamento de pedopsiquiatria, a qual recebe neste momento crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos (inclusive), e se realiza um vasto leque de intervenções psicoterpêuticas, permitir-me-á continuar a consolidar competências do EESM.

Para concluir parece-me importante referir a competência F1 e a competência F4 como essenciais ao EESM tendo sido o desenvolvimento destas transversal ao longo dos estágios. Como aspetos facilitadores saliento os conhecimentos, a experiência e disponibilidade dos vários orientadores de estágio que fizeram com que este fosse um período de “despertar” para novos conhecimentos, realidades e sentires.

Durante todo este percurso desenvolvi uma maior consciência de mim, das minhas dificuldades, limitações, sentimentos, comunicação não-verbal, fenómenos de transferência e contratransferência, que podem interferir na relação terapêutica que se estabelece com o cliente. É esta capacidade de autoconhecimento que me permite mobilizar enquanto instrumento terapêutico e me continuar a desenvolver profissionalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Allessandrini, C. D. (1996). *Oficina Criativa e psicopedagogia*. (3ª ed.), São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Almeida, T. M. R. T (2006). *Contributos da Supervisão na Gestão do Stresse dos Alunos em Estágio*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido em 30 de Janeiro de 2013, em <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008000454>.
- Arantes, E. C., Fukuda, I. M. & Stefanelli, M. C. (2008). *Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais*. São Paulo: Editora Manole.
- Ávila, L.A (1999). O grupo como método. *Psicologia Revista*, (9), 61-74.
- Barnum, BS. (1998). *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. (5ª ed.), Philadelphia: Lippincott.
- Baker, Philip (2004). *Assessment in psychiatric and mental health nursing*. (2ª ed.), Nelson Thornes Ltd: Cheltenham. Acedido em: 15/04/2013. Disponível em: http://books.google.pt/books?id=-vu6OFw8ankC&pg=PA258&lpg=PA258&dq=Philip+baker+assessment+psychiatric+mental+health+nursing&source=bl&ots=WKDHM-H56&sig=o1bg2J7sO4uFZgxNGdS4OucCGhU&hl=pt-PT&ei=iy7tTJv7KoGWhQfknJTODA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false
- Bastos, J., Barros, H. & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por Cancro da Mama em Portugal (1955-2002). *Ata Medica Portuguesa*, (20), 139-144. Acedido em: 3/03/2013. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2007-20/2/139-144.pdf.
- Bechelli, L. P. C. & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de Grupo: Como Surgiu e Evoluiu. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 12 (2), 242-249. Acedido em: 09/01/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a14.pdf>.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O Paciente na Psicoterapia de Grupo. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*, 13 (1), 118-125. Acedido em: 22/12/2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100019
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

- Bennett, T.S (1984). Group psychotherapy In: Corsini RJ, organizer. *Encyclopedia of Psychology*, Volume 2. New York: John Wiley. p. 81-2.
- Bion, W. R. (1963). *Elementos de psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bloch, S. (1999). *Uma Introdução às Psicoterapias*. (T. Abreu, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (trabalho original em inglês publicado em 1996).
- Boyle, P., & Ferlay, J. (2004). Cancer incidence and mortality in Europe. *Annals of Oncology*, (16). P. 481-488. Acedido em: 3/04/2013. Disponível em: <http://annonc.oxfordjournals.org/>
- Bozarth, J. (2001). *Terapia Centrada na Pessoa-Um Paradigma Revolucionário*. Lisboa: Edual.
- Bradley, L. J., Whiting, P., Hendricks, B., Parr, G. & Jones, J. (2008). The Use of Expressive Techniques in Counseling. *Journal Of Creativity In Mental Healt*. 3 (1). p. 44-59.
- Campos, P., Almeida,E., Gonçalves, A. (2009) - *Enfermeiro especialista em saúde mental que contributos*. Livro de actas do primeiro forum da SPESM.
- Canário, R. (2000) *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa
- Cardoso, C. & Seminotti, N. (2006). O grupo psicoterapêutico no Centro de atenção psicossocial. *Cienc. Saúde Coletiva*., 11 (3). p. 775-83.
- Cartwright, D. , & Zander, A. (1967). *Dinâmica de grupo : Pesquisa e teoria I e II*. São Paulo: EPU/EDUSP.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica, volume 1: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica, volume 2: estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta.
- Contel, J.O.B. & Villas-Boas, M.A (1999). Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar em hospital de dia psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21 (4). p. 225-230.
- Comissão das comunidades europeias (2005). *Livro verde: Melhorar a saúde mental da população*. Bruxelas.
- Coutinho, V. (2007). *Arteterapia com Crianças*. Rio de Janeiro: Wak.
- Cortesão, E. L. (1989). *Grupanálise - Teoria e Técnica*. Lisboa: Ed Fundação Calouste Gulbenkian.

- Dias, M. R. (2002). Cancro da mama: a (contra) informação dos Mass Media. In: Dias, M. R. & Dura, E., *Territórios da Psicologia Oncológica* (p. 235-264). Lisboa: Climepsi Editores.
- Farah, A. B. A. (2009). Psicoterapia de Grupo: reflexões sobre as mudanças no contacto entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. *Revista IGT na Rede*. 6 (11). p. 302-328. Acedido em: 9/12/2012. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=263>.
- Ferraz, M. H. C. T. (1998). *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Fiorini, H. J. (1985). *Teoria e técnica de psicoterapias*. (6ª ed.), Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves S. A.
- Freitas, L. (2006). Desistigmatizando a doença mental. *Sinais vitais*. 66(5). p. 27-30.
- Fusari, J. C. (s.d). *O Planejamento do Trabalho Pedagógico: Algumas Indagações e Tentativas de Resposta*. Salvador da Baía: SECULT. Acedido em: 21/01/2013. Disponível em: <http://www.smec.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espacovirtual/espacopraxispedagogicas/GEST%C3%83O/o%20planejamento%20do%20trabalh.pdf>
- George J.B. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed.), Porto Alegre: Artes Médicas Sul
- Giacon, B.C.C. & Galera, S.A.F. (2006). *Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem*. *Rev Esc Enfermagem USP*. 40 (2). p. 286-91
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs Clinical Ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (3), 373-377.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2010). Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos em ambulatorio em contexto institucional: análise de manejo terapêutico. *Psicologia: reflexão e Crítica*. 14. p. 191-199.
- Guerra, M. L. G. (2008). *Formação profissional dos enfermeiros: determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação de Mestrado. Vila Real. Acedido em: 21/01/2012. Disponível em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/210/1/msc_mlgguerra.pdf
- Guerra, M. P. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* (32). p. 50-55.
- Hery, C., Ferlay, M., Boniol & P. Autier (2007). Changes in breast cancer incidence and mortality in middle-aged and elderly women in 28 countries with caucasian majority populations. *Annals of Oncology of Oxford Journals.* 19 (5). p. 1009-1018.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência.
- Institute of Medicine of the National Academies (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer.* Washington: Instituto de medicina e conselho nacional de pesquisa das academias nacionais. Acedido em: 11/05/2013. Disponível em: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2004/Meeting-the-Psychosocial-Needs-of-Women-with-Breast-Cancer/FINALPsychosocial.pdf>
- Johnson, M., Mass, M. & Moorhead, S. (org.) (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).* (2ª ed.), Porto Alegre: Artmed.
- Justo, J. M. (2002). Uma perspetiva psicológica sobre as doenças oncológicas. In: Dias, M. R. & Dura, E. *Territórios da Psicologia Oncológica* (p. 51-70). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kutter P. (2001). El conflicto básico de la psicossomatosi y sus implicaciones terapéuticas. *Revista Portuguesa de Psicossomática.* 3 (2). p. 117-133.
- Le Boterf, G. (1995). De la compétence – essai sur un attracteur étrange. In: *Les éditions d'organisations.* Paris: Quatrième Tirage.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais.* Porto Alegre: Artmed Editora.
- Leddy S. & Pepper JM. (1989). La teoría como base de la práctica. In Bases conceptuales de la enfermería profesional (p. 135-58). Washington: Organización Panamericana de La Salud.
- Lee, E., Chun, M., Kang, S. & Lee H. (2004). Validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Scale for Measuring the Health-related Quality of Life in Korean Women with Breast Cancer, Yonsei University, Suwon-Korea, 34(7), 393-399.
- Liga Portuguesa contra o cancro. *O cancro da mama.* Acedido em: 05/2013. Disponível em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=182>
- Mailhiot, O. (1981). *Dinâmica e gênese dos grupos.* São Paulo: Duas cidades.

- Manes, S. (2009). *83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos* (J. J. C. Serra, Trad.). (9ªed.). Apelação: Paulus Editora. (trabalho original do Italiano 83 Giochi Psicologici per la conduzione dei gruppi, 1997, Milão: Franco Angeli Edizioni).
- Margato, C. (2010). A propósito da Tomada de decisão Clínica em Enfermagem. *Sinais Vitais*. (90). p. 4.
- Martí, G.N. (1990) Prólogo a la edición española. In: Peplau, H. E. *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Mc Williams, N. (2006). *Psicoterapia psicanalítica*. Lisboa: Climepsi editores.
- Ministério da Saúde (1999). *Glossário*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Acedido em: 9/01/2013. Disponível em: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2007_Portuguese.pdf
- Munari, D.B. & Rodrigues, A.R.F. (1997). Processo grupal em enfermagem: possibilidades e limites. *Rev.Esc.Enf.USP*. 31 (2). p. 237-50.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2003). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros..
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em: 24/03/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Acedido em: 24/03/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem Dos Enfermeiros (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 1/08/2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Osório, L.C et al. (1986). *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- O'toole, A.W. & Welt, S.R. (1996). *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Perrenoud, P. (2002). *A Prática Reflexiva no Ofício de Professor. Profissionalização e Razão Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, C. A. S. & Ribeiro, J. L. P. (2007). Sobreviventes de cancro: uma outra realidade. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. 16 (1). p. 142-148. Acedido em: 3/04/2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416118>
- Pittigliani, S. (2009). A importância do tratamento psicológico para o paciente oncológico. Acedido em: 4/06/2013. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/a-importancia-do-tratamento-psicologico-para-o-paciente-oncologico/n1237625975601.html>
- Peluso, E. T. P., Baruzzi, M. & Blay, S. L. (2001). A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública*. 35 (4). p. 341-348.
- Queirós, P. J. P. (2008). Trinta e oito excertos à procura da essência. *Revista de investigação*. (17). p. 2-10. Acedido em: 10/01/2013. Disponível em: http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=349:-revista-de-investiga-no17-fevereiro-de2008&catid=108:2008-a2011&Itemid=80
- Rangé, B., Guilhardi, H., Kerbauy, R.; Falcone, E. & Ingberman, Y. (1995). Ensino, treinamento e formação em psicoterapia comportamental e cognitiva. In Rangé, Bernard (org.). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – Pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas, São Paulo: Editorial Psy.
- Riehl, J. P. & Roy, C. (1980). *Conceptual models for nursing practice*. (2ª. ed.), New York: Appleton-Century-Crofts.
- Riley, J.B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed.), Loures: Lusociência.
- Rogers, C. R. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper & Row.
- Rogers, C. (1977). *Tornar-se Pessoa* (M. J. Carmo Ferreira, Trad.). Lisboa: Morais Editores. Tradução do original do Ingês On becoming a person, 1961, Boston: Houghton Mifflin Company)

- Romero, E. (1999). *Neogênese: o desenvolvimento pessoal mediante a psicoterapia*. São José dos Campos: Novos Horizontes.
- Salgueiro, N. (2006). O enfermeiro e a responsabilidade de se tornar competente. *Enfermagem e o Cidadão*. 4 (10). p. 2-3. Acedido em: 4/01/2013. Disponível em: <http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/O%20enfermeiro%20e%20a%20responsabilidade%20de%20se%20tornar%20competente.pdf>
- Saraiva, M. C. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico: vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*. (8). p. 37 - 48.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. R & Spielberger, C. D. (2007). *Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*. Consulting Psychologists Press, Inc..
- Silva J. P. L. & Tavares, C. M. M. (2003). Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde em Debate*. 27 (65). p. 290-301.
- Smith, J., C. (1990). *Cognitive-behavioral relaxation training*. New York: Springer Publishing Company.
- Sociedade Portuguesa de Grupanálise. *Grupanálise como processo psicoterapêutico*. Acedido em: 4/03/2013. Disponível em: <http://www.grupanalise.pt/index.php/informacoes/vantagens-da-grupanalise>
- Spadini, L. S. & Souza, M. C. M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 10 (1). p. 132-38.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática* (6ªed.). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Talhaferro, B., Lemos, S. S. & Oliveira, E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arquivo das Ciências da Saúde*. 14 (1). p. 17-22. Acedido em: 3/03/2013. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/r_acs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf.
- Tavares, J.; Alarcão, I. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Taylor, C. M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica* (13ª ed.). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Vandenberghe, L. & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de Grupo Embasada em Psicoterapia Analítica Funcional como Abordagem Terapêutica para Dor Crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática*. 7 (1). p. 137-151. Acedido em: 1/02/2013.
Disponível em:
<http://www.functionalanalyticpsychotherapy.com/FerroVandenberghe05.pdf>
- Weiner, M. F. (1993). Role of the leader in group psychoterapy. In Kaplan HI, Sadock BJ, organizers. *Comprehensive Group Psychotherapy* (p. 84-98). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão* (1ªed.). (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS

Anexo I – Escalas de Avaliação utilizadas no decorrer do estágio

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Iniciais do paciente: _____ **Data:** ____/____/____

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

GRAUS: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

<i>Nº</i>	<i>ITEM</i>	<i>COMPORTAMENTO</i>	<i>GRAU</i>
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		ESCORE TOTAL:	

Conforme se pode constatar, esta Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

ESCALA DE AJUSTAMENTO MENTAL À DOENÇA

As afirmações que se seguem descrevem reacções que as pessoas têm face a um problema de saúde.

Naturalmente que as pessoas respondem de formas muito diferentes a um mesmo acontecimento, mas nós queremos conhecer a forma como lida com esta situação. Se tiver dúvidas sobre alguma resposta, dê a que considera mais apropriada.

Por favor faça um círculo à volta de um dos números, à direita de cada afirmação, indicando até que ponto cada uma das afirmações se aplica a si neste momento.

Por exemplo, se a afirmação não se aplica de modo algum a si, deve fazer um círculo no número 1, na primeira coluna.

	NÃO SE APLICA DE MODO ALGUM A MIM	NÃO SE APLICA A MIM	APLICA- SE A MIM	APLICA-SE TOTALMEN TE A MIM
1. Tenho feito coisas que acredito vão melhorar a minha saúde, por exemplo mudei a minha dieta.....	1	2	3	4
2. Sinto que não posso fazer nada para me animar.....	1	2	3	4
3. Sinto que os meus problemas de saúde me impedem de fazer planos para o futuro....	1	2	3	4
4. Acredito que a minha atitude positiva poderá beneficiar a minha saúde.....	1	2	3	4
5. Não fico muito tempo a cismar na minha doença.....	1	2	3	4
6. Acredito verdadeiramente que vou melhorar...	1	2	3	4
7. Sinto que não posso fazer nada para alterar as coisas.....	1	2	3	4
8. Deixei tudo ao cuidado dos médicos.....	1	2	3	4
9. Sinto que a vida é sem esperança.....	1	2	3	4
10. Tenho feito coisas que acredito que vão melhorar a minha saúde, por exemplo, exercício físico.....	1	2	3	4
11. Desde que a doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível.....	1	2	3	4
12. Entreguei-me nas mãos de Deus.....	1	2	3	4

	NÃO SE APLICA DE MODO ALGUM A MIM	NÃO SE APLICA A MIM	APLICA- SE A MIM	APLICA-SE TOTALMEN TE A MIM
13. Tenho planos para o futuro, por exemplo férias, trabalho, reformas na casa....	1	2	3	4
14. Estou preocupado/a que a doença volte a parecer ou piore....	1	2	3	4
15. Tive uma vida boa e o que vier daqui para afrente é bem- vindo.....	1	2	3	4
16. Penso que o meu estado de espírito pode influenciar muito a minha saúde.....	1	2	3	4
17. Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude.....	1	2	3	4
18. Tento viver a minha vida como sempre fiz até aqui.....	1	2	3	4
19. Gostaria de contactar com outras pessoas que estivessem na mesma situação...	1	2	3	4
20. Estou decidido/a a pôr tudo isto para trás das costas.....	1	2	3	4
21. Tenho dificuldade em acreditar que isto tenha acontecido comigo.....	1	2	3	4
22. Sofro de grande ansiedade por causa disto.....	1	2	3	4
23. Não tenho muita esperança no futuro.....	1	2	3	4
24. Neste momento vivo um dia de cada vez.....	1	2	3	4
25. Apetece-me desistir.....	1	2	3	4
26. Tento manter algum sentido de humor em relação a isto.....	1	2	3	4
27. Os outros preocupam-se mais comigo do que eu próprio....	1	2	3	4
28. Penso noutras pessoas que estão em pior situação.....	1	2	3	4
29. Tento obter o máximo de informação acerca da doença....	1	2	3	4
30. Sinto que não tenho controlo sobre os acontecimentos.....	1	2	3	4

	NÃO SE APLICA DE MODO ALGUM A MIM	NÃO SE APLICA A MIM	APLICA- SE A MIM	APLICA-SE TOTALMEN TE A MIM
31. Tento manter uma atitude muito positiva.....	1	2	3	4
32. Mantenho-me muito ocupado/a, e assim não tenho tempo para pensar nisto....	1	2	3	4
33. Evito saber mais acerca da doença....	1	2	3	4
34. Encaro a minha doença como um desafio....	1	2	3	4
35. Sinto-me fatalista em relação a isto....	1	2	3	4
36. Sinto-me completamente perdido/a sem saber o que fazer....	1	2	3	4
37. Sinto-me muito zangado/a com o que me aconteceu...	1	2	3	4
38. Não acreditei que tinha esta doença....	1	2	3	4
39. Dou valor às coisas boas que me acontecem....	1	2	3	4
40. Tento combater a doença.....	1	2	3	4
41. Penso mais na saúde e bem-estar da minha família do que na minha própria saúde.....	1	2	3	4
42. Procuo a companhia de pessoas que me compreendem e ajudam....	1	2	3	4
43. Vou com regularidade ao médico e sigo os conselhos dos médicos....	1	2	3	4
44. Não preciso de me preocupar com a minha saúde porque realmente não me sinto muito mal....	1	2	3	4
45. Tenho dito a mim próprio/a "isto não é real"....	1	2	3	4
46. Quando estou triste ou nervoso/a partilho os meus sentimentos com alguém....	1	2	3	4
47. Procuo fazer coisas para me sentir melhor, como passear, fazer compras ou estar com amigos.....	1	2	3	4

Versão desenvolvida para estudo por M. Baltar , J. Ribeiro, A. Torres & M. Araújo (1999), com base na Escala M.A.C. (Watson *et al.*, 1988). Copyright 1995 EORTC Study Group on Quality of Life (versão Portuguesa)- parte III

FACT-G (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR FÍSICO

	Nem um pouco	Mais ou menos	Muito	Muito-simo
011 Estou sem energia.....	0	1	2	3
012 Fico enjoado/a.....	0	1	2	3
013 Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família.....	0	1	2	3
014 Tenho dores.....	0	1	2	3
015 Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento.....	0	1	2	3
016 Sinto-me doente.....	0	1	2	3
017 Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a.....	0	1	2	3

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR

	Nem um pouco	Mais ou menos	Muito	Muito-simo
021 Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos.....	0	1	2	3
022 Recebo apoio emocional da minha família.....	0	1	2	3
023 Recebo apoio dos meus amigos.....	0	1	2	3
024 A minha família aceita a minha doença.....	0	1	2	3
025 Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.....	0	1	2	3
026 Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio).....	0	1	2	3
027 <i>Independente do seu nível de atividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrado <input type="checkbox"/> e passe para a próxima seção.</i>				
028 Estou satisfeito/a com a minha vida sexual.....	0	1	2	3

FACT-G (Versão 4)

Por favor, faça um círculo em torno do número que melhor corresponda ao seu estado durante os últimos 7 dias.

BEM-ESTAR EMOCIONAL

	Nem um pouco	Mais ou menos	Muito	Muito-simo
031 Sinto-me triste.....	0	1	2	3
032 Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença.....	0	1	2	3
033 Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença.....	0	1	2	3
034 Sinto-me nervoso/a.....	0	1	2	3
035 Estou preocupado/a com a ideia de morrer.....	0	1	2	3
036 Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar.....	0	1	2	3

BEM-ESTAR FUNCIONAL

	Nem um pouco	Mais ou menos	Muito	Muito-simo
041 Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa).....	0	1	2	3
042 Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa).....	0	1	2	3
043 Sou capaz de sentir prazer em viver.....	0	1	2	3
044 Aceito a minha doença.....	0	1	2	3
045 Durmo bem.....	0	1	2	3
046 Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir.....	0	1	2	3
047 Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento.....	0	1	2	3

APÊNDICES

**Apêndice I - Planificação da intervenção de grupo desenvolvida no primeiro
estágio**

Sessões	Considerações sobre as atividades
<p>1ª Sessão 15/10/2012</p> <p>2ª Sessão 17/10/2012</p> <p>3ª Sessão 22/10/2012</p> <p>4ª Sessão 24/10/2012</p> <p>5ª Sessão 29/10/2012</p> <p>6ª Sessão 31/10/2012</p>	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir níveis de ansiedade e stress inerentes à doença e hospitalização; • Proporcionar um ambiente terapêutico no qual os clientes tenham a oportunidade de expressar as suas emoções; • Proporcionar reflexão acerca dos próprios problemas; • Favorecer as relações interpessoais e grupais; • Minimizar sofrimento.
<p>Justificação</p>	
<p>Na psicoterapia de apoio é importante que o terapeuta escute empaticamente os problemas do cliente e o ajude a organizar os seus pensamentos e sentimentos, de forma que reavalie o modo como os encara. O terapeuta deve permitir e encorajar a expressão de emoções, tranquilizando o cliente acerca da sua normalidade. Os acontecimentos que desencadearam tais emoções devem ser abordados, a realidade da forma como os clientes os encaram deve ser testada e as implicações que os mesmos têm na sua vida devem ser exploradas (Wilkinson & Moore e Moore, 2005).</p> <p>Assim, esta atividade apresenta uma grande relevância na medida em que permite ao individuo exprimir os seus sentimentos, identificar a causa dos mesmos e racionalizá-los, promovendo a interiorização da realidade dos acontecimentos.</p>	

**Apêndice II - Plano pormenorizado da intervenção de grupo desenvolvida
no primeiro estágio**

PLANEAMENTO E DESCRIÇÃO DAS SESSÕES

SESSÃO 1 (INICIAÇÃO)

OBJETIVOS: Promover o conhecimento recíproco e a dinâmica de grupo, facilitando a comunicação entre os seus elementos; Informar sobre a intervenção terapêutica; Recolher dados através da observação.

INTERVENÇÃO: Auto-apresentação – Apresentação da intervenção terapêutica: objetivos, regras e datas previstas; Estabelecimento do contracto terapêutico e exploração das expectativas.

JUSTIFICAÇÃO: Tal como afirma Manes (2009), o primeiro encontro de um grupo é crucial para cada um dos seus elementos, bem como para o desenvolvimento de trabalho no seu seio.

O mesmo autor supracitado refere que na primeira sessão é importante que o terapeuta exprima solicitude, interesse, empatia e seja capaz de criar reciprocidade com o grupo. Como tal, é fundamental que o mesmo comunique ao grupo os objetivos que ambiciona alcançar, suscitando um sentimento de confiança nos participantes.

Nesta sessão pretende-se: promover a apresentação dos vários elementos, trabalhar também o significado de grupo e as regras que lhe estão implícitas, estabelecendo um contracto terapêutico com cada um no qual se comprometeram a cumprir as normas sugeridas; expor a intervenção a executar, dando a conhecer às utentes os seus objetivos e o que se irá desenvolver em cada sessão; e explorar as expectativas de cada elemento em relação à experiência de grupo, sendo este um ponto muito importante na determinação do sucesso da intervenção (Manes, 2009).

SESSÃO 2

OBJETIVOS: Facilitar a comunicação entre os seus elementos e entre estes e os terapeutas; Promover a expressão de emoções; Promover a partilha de experiências entre os elementos do grupo.

INTERVENÇÃO: Expressividade de Emoções

JUSTIFICAÇÃO: Na terapia de apoio é importante que o terapeuta escute empaticamente os problemas do utente e o ajude a organizar os seus pensamentos e sentimentos, de forma que reavalie o modo como os encara. O terapeuta deve permitir e encorajar a expressão de emoções, tranquilizando o doente acerca da sua normalidade. Os acontecimentos que desencadearam tais emoções devem ser abordados, a realidade da forma como os doentes os encaram deve ser testada e as implicações que os mesmos têm na sua vida devem ser exploradas (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). Assim, estes momentos de partilha apresentam uma grande relevância na medida em que permitem ao indivíduo exprimir os seus sentimentos, identificar a causa dos mesmos e racionalizá-los, promovendo a interiorização da realidade dos acontecimentos.

SESSÕES 3/4/5

INTERVENÇÃO:

- Partilha de experiências e expressão de sentimentos; Treino de perícias de comunicação: expressar sentimentos agradáveis; fazer pedidos de forma positiva; expressar sentimentos desagradáveis; e escuta ativa; Início à abordagem do processo de encerramento do grupo com partilha de sentimentos desencadeados por esta situação.
- Estimular dinâmica de grupo, facilitando a comunicação entre os seus elementos e entre estes e os terapeutas. Fomentar a identificação das diferentes atitudes comportamentais, promovendo a autoanálise dos comportamentos;
- Refletir sobre as vantagens e desvantagens de cada atitude identificada; Incentivar a adoção de comportamentos assertivos nas relações estabelecidas, principalmente na relação conjugal;
- Sensibilizar para a importância da comunicação no contexto conjugal, como forma de facilitar a interação e evitar situações de conflito; Promover a aquisição de perícias de comunicação, através de aprendizagem e treino;

JUSTIFICAÇÃO:

A comunicação ineficaz é um problema comumente encontrado em casais. Muitas vezes, na tentativa de resolverem os seus conflitos, acabam por agravar mais a situação ou

desencadear um novo problema com aquilo que é comunicado. De facto, a falta de habilidade comunicacional torna-se particularmente destrutiva, podendo conceber, potencializar ou manter problemas conjugais (Silva & Vandenberghe, 2008).

SESSÃO 6 (ENCERRAMENTO)

OBJETIVOS: Comparar expectativas iniciais com os resultados obtidos individual e pessoalmente; Promover a continuidade do auto-cuidado; Avaliar a eficácia da intervenção terapêutica.

INTERVENÇÃO: Resumo de todas as sessões desenvolvidas ao longo da terapia de grupo; Consolidação de conhecimentos e experiências; Partilha de experiências e opiniões acerca da intervenção, com expressão de sentimentos, e consequente feedback, tanto das participantes como dos terapeutas.

JUSTIFICAÇÃO: Na última sessão é importante preparar os elementos do grupo para a sua extinção, com tudo o que lhe está associado, e avaliar não só a eficácia da intervenção, mas também a satisfação das expectativas iniciais, com análise dos seus pontos fortes e fracos.

Apêndice III - Diagnósticos de enfermagem

Humor deprimido	Presente	Humor deprimido presente manifestado por tristeza Humor alterado, manifestado por euforia alternada com disforia Humor e afetos alterados manifestados por tristeza
Ansiedade	Presente	Ansiedade presente relacionada com internamento e aproximação da alta clínica.
Autoestima	Diminuída	Autoestima diminuída, manifestada por verbalizações depreciativas acerca do corpo
Adesão terapêutica	Comprometida	Adesão ao regime terapêutico comprometido, manifestado por tomas terapêuticas não prescritas e sobredosagem Adesão ao regime terapêutico comprometido, manifestado por tomas terapêuticas não prescritas
Interação Social	Comprometida	Interação social comprometida, relacionada com relações interpessoais de risco
Gestão de dinheiro	Deficiente	Gestão de dinheiro deficiente, manifestado por distribuição de dinheiro a terceiros
Autocuidado (higiene)	Comprometido	Autocuidado comprometido relacionado com falta de iniciativa para a higiene
Peso	Aumentado	Peso aumentado, relacionado com hábitos alimentares de risco e sedentarismo

(Ordem dos Enfermeiros, 2003)

**Apêndice IV - Intervenções psicoterapêuticas de grupo desenvolvidas com
mulheres com neoplasia da mama**

SESSÃO NÚMERO 1: Relações Interpessoais

MATERIAL: Telas, pinceis, tintas, sacos lixo, copos, folhas de papel

1º PARTE

Vão começar por procurarem conhecer um pouco mais as outras participantes, vou pedir que conversem durante dois minutos com o vizinho do lado no sentido de o conhecer muito rapidamente e cada um vai apresentar a pessoa com quem conversou (cada um que comece por se apresentar dizendo o nome e a idade e que expectativas têm relativamente a estas sessões.)

Cada um tira um cartão com uma pergunta à qual irá responder

Perguntas existentes:

- Qual a estação do ano que mais gosta? e porquê?
- Uma atividade que goste de fazer e que lhe dá muito prazer?
- Um país que gostou de visitar ou um que gostava de visitar?
- Uma característica que aprecia nas pessoas?
- Um filme ou um livro que gostou muito?
- Gosta mais da noite ou do dia? E porquê?
- Gosta mais de praia ou do campo?
- Qual o seu prato favorito?
- Se fosse um animal qual é que seria?
- Qual o primeiro pensamento que me passou pela cabeça quando recebi este diagnóstico?
- 1 palavra para descrever o que sinto por estar aqui agora

Duração – 15 minutos

2ª PARTE

Vão pintar uma tela, desenhar aquilo que quiser... não precisam perceber de pintura...nem de desenho...não vamos avaliar os dotes artísticos... agora vão terminar o que estão a fazer e trocar de posição para que outra pessoa complete o que estavam a fazer...vão voltar a trocar de posição e completar outra pintura... (trocam de posição até que todos tenham colocado algo no desenho de todos os elementos do grupo) 2 min a cada mudança

Duração - 20 minutos

3ª PARTE

Como se sentiram no início?

Como se sentiram quando alguém acrescentou alguma coisa à vossa pintura? E quando acrescentaram algo vosso ao outro?

Nesta fase da vossa vida como é que se têm sentido na relação com os outros? Sentem intromissão?

Duração - 15 minutos

4ª PARTE

Relaxamento muscular passivo

Duração – 20 minutos

SESSÃO NÚMERO 2: Autoimagem /autoestima

MATERIAL: Tecidos, cartolina, cola, tesouras, palhinhas, lãs, espátulas

1ª PARTE

Quebra-gelo

Peço que circulem pela sala, sem tocarem uma nas outras... sem olharem umas para as outras... vamos circular lentamente, calmamente, agora vamos andar um pouco mais rápido, mais rápido como se tivéssemos pressa para ir para o trabalho...estamos muito atrasadas...vamos mais rápido.

Agora mais devagar...calmamente...

Agora novamente mais rápido...muito mais rápido....Agora mais devagar vamos cruzar o olhar com as pessoas com quem nos cruzamos...olhamos nos olhos... cruzamos o olhar com cada uma das pessoas com quem nos cruzamos.... continuando a andar sem parar ...vamos passar pelas pessoas e voltar a perguntar o nome umas às outras, a idade ou outras coisas que queiram saber...vamos sorrir para as pessoas com quem nos cruzamos e dizer olá, desejar um bom dia para hoje...

2ª PARTE

Vão usar esta folha e com os materiais que acharem necessário, vão criar uma imagem que simbolize o vosso corpo.

3ª PARTE

Apresentem-nos a vossa imagem.

4ª PARTE

Relaxamento muscular passivo

Duração – 20 minutos

SESSÃO NÚMERO 3: Gestão de emoções

MATERIAL: Cartolinas, canetas de filtro, folhas de papel, cartões, balões

1ª PARTE

Quebra-Gelo

Peço que circulem pela sala, sem tocarem uma nas outras... sem olharem umas para as outras... vamos circular lentamente, calmamente, agora vamos andar um pouco mais rápido, mais rápido como se tivéssemos pressa para ir para o trabalho...estamos muito atrasadas...vamos mais rápido.

Agora mais devagar...calmamente...

Vamos pegar nos balões...circular na sala com os balões...vamos continuar a andar e ao mesmo tempo trocar de balão com outra pessoa...e vamos trocando de balões umas com as outras...vamos continuar a andar...lentamente apreciando o dia... a música... sentido que é bom estar aqui...vamos sorrir para as pessoas com quem nos cruzamos...continuar a andar...cumprimentar as pessoas com quem nos cruzamos... à medida que andamos vamos conversando com quem nos cruzamos perguntar como se sentem hoje... dizer às pessoas com quem nos cruzamos que estamos satisfeitos com o facto de nos encontrarmos de novo...desejar-lhes um bom dia...

2ª PARTE

Vão escolher um par... que numa folha vos vai ajudar a desenhar as vossas mãos. Num lado desenham a mão esquerda... no outro a mão direita.

Na mão esquerda vão colocar as emoções/sentimentos negativos nesta fase; todos aqueles que em algum momento sentiram, desde o início do diagnóstico... na mão direita vão colocar as emoções que lidam melhor e as que emoções lidam pior.

3ª PARTE

Cada pessoa vai apresentar ao grupo o que colocou na mão esquerda e o que colocou na mão direita...

4ª PARTE

Relaxamento muscular passivo

Duração – 20 minutos

SESSÃO NÚMERO 4: Conjugalidade e Sexualidade

MATERIAL: Revistas, jornais do dia, folhas de papel, cartolinas, cola, tesouras, sacos de lixo

1ª PARTE

Quebra-Gelo

Peço que circulem pela sala, sem tocarem uma nas outras... sem olharem umas para as outras... vamos circular lentamente, calmamente, agora vamos andar um pouco mais rápido, mais rápido como se tivéssemos pressa para ir para o trabalho...estamos muito atrasadas...vamos mais rápido

Agora mais devagar...calmamente...Vamos olhando nos olhos das pessoas com quem nos cruzamos...

No tecto, existem vários sacos...esses sacos tem coisas que nós desejamos muito... coisas que nos fazem felizes...vamos olhar para os sacos no tecto... vamos saltar e apanhar um saco... agarrem esse saco. Coloquem-no bem junto a vós... esse saco tem algo que desejam muito... o que tem o seu saco? E o seu?

Agora temos mais uma oportunidade de apanhar outro saco... vamos circular pela sala...devagar pensar no saco que queremos apanhar...guardar o saco que apanhámos anteriormente o que tem o seu saco? E o seu?

Agora vamos continuar a circular pela sala... cumprimentar as pessoas desejar-lhes um bom dia, quem quiser partilhar o que tem nos sacos com os outros pode partilhar e oferecer um pouco do que tem

2ª PARTE

Ser claras e explícitas em relação ao tema sexualidade e conjugalidade.

A sexualidade é muito mais do que o ato sexual. É intimidade, partilha, afeto.

Perante a imensidão de aspetos que advém da doença, estes podem parecer secundários, mas não são.

Vamos falar de intimidade. Mesmo que no presente não tenha uma relação, sexualidade e intimidade é a forma de se sentir feminina. Aqui conta a imaginação e o fantasiar de uma relação com alguém.

Vamos usar as revistas os jornais as frases e colocar no papel tudo o que para vós simbolize a sexualidade, intimidade. Forma como olham, sentem a sexualidade.

3ª PARTE

Agora gostávamos que apresentassem o que fizeram.

O que é a sexualidade?

Como me vejo como mulher, como me sinto, o que mudou...

O corpo e alteração da imagem na relação...

4ª PARTE

Relaxamento muscular passivo

Duração – 20 minutos

SESSÃO NÚMERO 5: Futuro

Preenchimentos dos questionários de avaliação da qualidade de vida.

Cartolinas com divisórias com questões:

- Como me vejo daqui a um ano
- O meu maior problema
- O meu maior sucesso
- Uma frase que colocaria na minha autobiografia
- Algo que a doença mudou para melhor
- O meu sonho

Discussão

Em pé com uma cartolina nas costas, em que cada uma escreve nas costas da outra uma frase positiva sobre ela.

Em círculo, sentadas falamos sobre o significado do que têm nas cartolinas e no que significaram as sessões e o grupo.

Entrega-se questionário de satisfação.

Apêndice V – Sessões elaboradas com supervisão

Sessão nº. 1

Tema: Expressão das emoções

Objetivos:

- Estimular a libertação e a verbalização de tensões internas;
- Promover uma sensação de conforto psicológico;
- Facilitar Coesão e união de grupo nesta primeira sessão;
- Diminuir os níveis de ansiedade.

Diagnósticos: Ansiedade aumentada, Autoestima diminuída; Bem-estar comprometido.

Duração total: Aproximadamente 120 minutos.

Material: cadeiras, mesas, argila, aventais, copos,

Plano da Sessão:

Primeira parte (30 minutos)

Cada participante é convidado a apresentar-se aos restantes elementos do grupo, dizendo o nome, idade e o que considere pertinente e deseje partilhar. Posteriormente, é realizada uma revisão sobre algumas regras do grupo e são relembrados os objetivos gerais da sessão. De forma sintética, é dito ao grupo o que se pretende fazer nesta primeira sessão. Ainda antes de iniciar a sessão é distribuída pelos participantes uma folha de papel onde poderão escrever uma palavra, frase ou expressão relativamente à forma como se sentem. Essa folha será dobrada e guardada pelo participante.

Segunda parte (40 minutos)

Nesta segunda parte da sessão vamos pedir para utilizarem a argila/barro a vossa frente para criarem algo com ela. O que quiserem. Não estamos aqui para avaliar nem a técnica, nem a beleza. Apenas queremos dar-vos este momento para vocês tentarem focar a

vossa atenção na argila, um momento de prazer, apenas isso. Pedimos ao grupo para se manter em silêncio durante esta atividade a fim de respeitar o espaço de cada um.

Terceira parte (20 minutos)

Nesta parte o enfermeiro especialista faz a ponte entre o “mediador terra/barro” utilizado a fim de tentar chegar aos sentimentos internos do doente. Permitir ao doente colocar palavras atrás desses sentimentos.

- Como se sentiram com o contacto com a argila?
- Em que pensaram durante estes 40 minutos? No passado, no presente, no futuro?
- Cada uma vai falar-nos um pouco do que fez com o barro e apresentar ao resto do grupo. Quem deseja começar?

Quarta parte: Relaxamento (20 minutos)

Com uma música lenta e calma, convidam-se todos os participantes a colocarem-se num dos colchões colocados no chão respeitando o espaço do outro.

Técnica de relaxamento passivo/exercícios de respiração abdominal.

Quinta parte: Avaliação (10 minutos)

No final da sessão, é pedido ao participante para descrever na mesma folha inicial como se sente após a sessão. Por fim, os participantes são convidados, voluntariamente a partilharem o que escreveram.

Sessão nº. 2

Tema: Promoção da autoestima e autoimagem

Objetivos:

- Promover uma sensação de conforto psicológico;
- Favorecer a expressão de emoções e sentimentos;
- Aumentar a autoestima;
- Auxiliar o desenvolvimento de sentimentos positivos relativos às qualidades e capacidades pessoais;
- Promover uma autoimagem positiva;
- Compreender a relação entre o modo como vemos os outros e o modo como nos percebemos a nós mesmos.

Diagnósticos: Ansiedade aumentada, Autoestima diminuída; Bem-estar comprometido.

Duração total: Aproximadamente 120 minutos.

Material: Uma caixa de papel para o quebra-gelo ; folhas de papel, lapis de cor, canetas de cor

Plano da Sessão:

Primeira parte (30 minutos)

A dinâmica escolhida para esta sessão é baseada em Manes (2009), “E tu, que animal és?” e, por isso, é desejável que os elementos do grupo já se conheçam minimamente, sendo então esta assumida como a sessão número dois.

A sessão é iniciada com uma dinâmica de “quebra-gelo” que encoraja as clientes a serem criativas, com o propósito de os relaxar e de os preparar para começarem a trabalhar juntos.

Neste “quebra-gelo” o grupo senta-se em círculo. É mostrada uma caixa fechada que explicamos que contém uma bomba enorme de uma substância repelente, viscosa e explosiva (a caixa está na realidade vazia). A “bomba” tem de circular à volta do círculo. Quando cada membro do grupo recebe a “bomba” é convidado a se apresentar e a explicar em cinco segundos porque é que a “bomba” não pode explodir nas suas mãos. Por exemplo: “Sou a Ana, e a bomba não pode explodir nas minhas mãos porque tenho uma camisola branca vestida!” Encorajamos o grupo a pensar em razões cada vez mais arrojadas e a atividade acaba quando a “bomba” tiver completado três voltas ao círculo.

Segunda parte (40 minutos)

Para a dinâmica de grupo no âmbito da terapia expressiva todos os elementos do grupo estão sentados a mesa.

No início da atividade, distribuímos uma folha de papel a cada elemento, onde este tem de desenhar o animal que melhor representa o modo como se percebe a si próprio. Cada um guarda o desenho para si. Depois de terminada esta fase, escrevemos em cada folha o nome de cada um dos membros do grupo e distribuímos, aleatoriamente, de modo a que cada um fique com uma folha com o nome de outro membro. Nesta fase, pedimos ao grupo que desenhe um animal que represente o elemento cujo nome se encontra na folha que lhes foi entregue, descrevendo as suas características físicas, psicológicas e comportamentais. O desenho deve ser claro, ou caso não o seja, damos a indicação para escreverem no desenho o nome do animal que representa. Todos os desenhos ficam anónimos.

Os desenhos são recolhidos e, posteriormente, vamos escrevendo numa folha grande todas as observações relativas ao desenho e às características do animal-pessoa, que são enunciadas pelos membros do grupo enquanto observam os desenhos. Entregamos cada um dos desenhos identificados aos elementos a que dizem respeito.

No final, cada membro do grupo tem à sua frente dois desenhos de animais: o seu e o de outro elemento. Lemos em voz alta os atributos escritos na folha grande, que foram sugeridos pelo grupo, relativos ao animal que cada um possui.

Terceira parte (20 minutos)

Para finalizar, abrimos a discussão e cada um pode avaliar se o animal escolhido por outro elemento do grupo corresponde e é apropriado à percepção que tem de si próprio. O contrário também é feito, o grupo avalia se o animal escolhido por cada membro para se representar a si próprio, é correspondente e apropriado. Deste modo vão ser cruzadas várias percepções, as próprias e as do grupo. O resultado deve ser uma melhoria no autoconhecimento, modulado pelas próprias percepções e pelas do grupo. Incentivamos igualmente a partilha, através da clarificação e reformulação, com questões do tipo “O que sentiu quando ouviu a descrição de si pelos seus colegas?”, “E o grupo, o que pensa do animal que o colega escolheu para se caracterizar a si próprio?”, “O que quer dizer com...?”, “Não sente que é... Quer descrever como se sente?”.

Para finalizar a sessão pedimos a cada elemento do grupo para desenhar num pequeno cartão uma imagem que demonstre como se sente no momento, e que o diga em voz alta numa ou duas palavras.

Quarta parte: Relaxamento (20 minutos)

Com uma música lenta e calma, convidam-se todos os participantes a colocarem-se num dos colchões colocados no chão respeitando o espaço do outro.

Técnica de relaxamento passivo/exercícios de respiração abdominal.

Quinta parte: Avaliação (10 minutos)

A avaliação desta sessão é efetuada em vários períodos e fases da dinâmica. Ao longo da atividade são observados os comportamentos de cada elemento do grupo, sendo validada a existência de dificuldades na expressão de aspetos pessoais, sentimentos e emoções. Os membros do grupo podem igualmente ser incentivados a se pronunciarem sobre a importância da sessão para cada um.

O registo da avaliação é efetuado numa grelha de observações, baseada na NOC (Johnson, Maas & Moorhead, 2004), que contém indicadores devidamente selecionados para esta intervenção, com uma escala do tipo Likert.

**Apêndice VI – Grelha de observação da terapia
expressiva em grupo**

Grelha de Observação da Terapia Expressiva em Grupo

Dinâmica de Grupo “E tu, que animal és?”					
	1	2	3	4	5
Indicadores relativos à autoestima:					
Verbalizações de autoaceitação					
Descrição de si mesmo					
Comunicação franca					
Equilíbrio entre participação e escuta no grupo					
Nível de confiança					
Aceitação de opiniões dos outros					
Aceitação de crítica construtiva					
Descrição de orgulho de si mesmo					
Sentimentos de autovalorização					
Indicadores relativos à imagem corporal:					
Quadro interno de si					
Coerência entre realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal					
Satisfação com a aparência corporal					
Indicadores gerais:					
Participação					
Recetividade					
Expressão					
Comunicação					
Imaginação					
Criatividade					
Autenticidade					
Confiança					
Envolvimento					
Relaxamento					
Positividade					
Expressão das emoções					

Legenda (indicadores relativos à autoestima e imagem corporal):

1. Nunca positivo
2. Raramente positivo
3. Às vezes positivo
4. Muitas vezes positivo
5. Consistentemente positivo

Legenda (indicadores gerais):

1. Não demonstrou
2. Demonstrou razoavelmente
3. Demonstrou moderadamente
4. Demonstrou satisfatoriamente
5. Demonstrou eficazmente